

Señores

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES**

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR.
RADICADO: 2023106247
EXPEDIENTE: 2023-4852
DEMANDANTE: ALEXIS TORRES MUÑOZ
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** tal como consta en el poder que obra en el expediente y que se aporta nuevamente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por ALEXIS TORRES MUÑOZ en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPITULO I

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

RENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al hecho número 1. No me consta lo afirmado en este hecho por el Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende mi prolijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin. Sin perjuicio de lo anterior, es menester aclara que desde este momento que, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A es un vehículo societario totalmente distinto al BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA – BBVA, la primera siendo una aseguradora y esta última una entidad financiera que capta dinero del público y ofrece diversos servicios financieros, en otras palabras, esta segunda entidad es un banco.

Frente al hecho número 2. Es cierto, en virtud de la obligación financiera el deudor debe adquirir una póliza para asegurar el riesgo de muerte o incapacidad total y permanente.

Frente al hecho número 3. Es cierto, el señor Alexis Torres diligenció la declaración de asegurabilidad en mención. Sin embargo, debe indicarse desde este momento que el contrato no podrá operar toda vez que el asegurado omitió declarar sinceramente todas las enfermedades que padecía previamente a la formalización del seguro. Como se evidencia, las preguntas expuestas en el formulario se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el asegurado ya contaba con una calificación de invalidez del año 2021, asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por intervenciones quirúrgicas, incapacidades físicas o metales, osteomusculares e incluso había un espacio abierto para que informará las enfermedades que no había sido contempladas en dicho formulario.

Frente al hecho número 4. Solo es cierto en cuenta que el 03 de marzo de 2022 se formalizó el Seguro de Vida Grupo Deudores en donde se amparó la vida y la incapacidad total y permanente del señor Alexis Torres. Sin embargo, como se evidencia en el certificado que aportó el demandante, se evidencia que el valor asegurado es de \$17.121.734:

BBVA
Seguros
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Nit. 800.240.882 - 0

C E R T I F I C A:

Que: El (la) Señor (a) **ALEXIS TORRES MUÑOZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **1.124.857.975**, adquirió la obligación No. **0013-0598-02-9600324242** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encontraba asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Grupo Deudores** No. **02 236 0000007161**, certificado No. **0013-0598-00-4002415576**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$17,121,734.07
Incapacidad total y permanente	\$17,121,734.07

La póliza fue emitida con fecha 03/03/2022 y revocada el día 10/07/2023.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los ocho (08) días del mes de septiembre

Sin perjuicio de lo anterior, debe indicarse desde este momento que el contrato no podrá operar toda vez que el asegurado omitió declarar sinceramente todas las enfermedades que padecía previamente a la formalización del seguro:

Información Adicional				
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado. <u>Medimas</u>				
¿Tiene medicina prepagada o plan como empleado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cua?				
Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas				
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				
Estatura	1.78	cm	Peso	80
				kg
				<u>Natación</u>
			Si	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombos o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?				
				<input checked="" type="checkbox"/>
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				
				<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				
				<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?				
				<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				
				<input checked="" type="checkbox"/>
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.				
No firme esta solicitud sin leer este texto				
Dentro que he leído y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verídica.				
Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BIVA Seguros de Vida Colombia S.A, entregando los soportes y documentos correspondientes				

En este sentido y como se expondrá a continuación, el principio de uberrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Alexis Torres conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de marzo de 2022 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Frente al hecho número 5. No es cierto, los números de certificado e identificación del seguro coinciden. De hecho, el Seguro de Vida Grupo Deudores se identifica con el número de obligación financiera adquirido con la entidad bancaria y en cuanto al número de la póliza familia vital el número se identifica igual en la póliza como en el formulario de asegurabilidad y objeciones.

Frente al hecho número 6. Es cierto y desde este momento debe indicarse que, se encuentra patente la falta de cobertura material de la Póliza Vida Grupo Deudores al no aportarse Dictamen expedido por las entidades autorizadas conforme a las pólizas adquiridas, pues contractualmente se estipuló que para afectar la cobertura de Incapacidad Total y Permanente de la asegurado, se debía aportar calificación de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitida por autoridad competente y se discriminaron así: “EPS, ARL o AFP a la cual te encuentres afiliado o por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez” sin embargo, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguros de Vida Alfa, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas en las condiciones del seguro, por tal motivo es improcedente afectar la póliza.

Frente al hecho número 7. Es cierto.

Frente al hecho número 8. Es cierto, sin embargo debe indicarse desde este momento que el contrato no podrá operar toda vez que el asegurado omitió declarar sinceramente todas las enfermedades que padecía previamente a la formalización del seguro:

	valor	reclamación	Indemnización
No firme esta solicitud sin leer este texto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaración de asegurabilidad.			
Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular, trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Rénales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiquiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexistentes a la fecha de la firma de esta solicitud?			
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.			
Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.			
Declaro que mis recursos...			

En este sentido y como se expondrá a continuación, el principio de uberrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Alexis Torres conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de marzo de 2022 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Frente al hecho número 9. No es un hecho, por cuanto no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar. Es una apreciación subjetiva sobre la cual no se expone un argumento jurídico, pues el formulario proporcionado en la declaración de asegurabilidad para la adquisición de la póliza familia vital es totalmente claro, por cuanto se indaga específicamente por enfermedades y se enuncian cada una de ellas, tales como afecciones osteomusculares e incapacidades físicas o mentales, que fueron contestadas por el asegurado de forma negativa, cercenando el consentimiento de la compañía aseguradora frente al riesgo que se encontraba asegurando.

Frente al hecho número 10. Es cierto.

Frente al hecho número 11. Es cierto y desde este momento debe indicarse que, se encuentra patente la falta de cobertura material de la Póliza Vida Grupo Deudores al no aportarse Dictamen

expedido por las entidades autorizadas conforme a las pólizas adquiridas, pues contractualmente se estipuló que para afectar la cobertura de Incapacidad Total y Permanente de la asegurado, se debía aportar calificación de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitida por autoridad competente y se discriminaron así: “EPS, ARL o AFP a la cual te encuentres afiliado o por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez” sin embargo, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguros de Vida Alfa, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas en las condiciones del seguro, por tal motivo es improcedente afectar la póliza.

Frente al hecho número 12. No me consta lo afirmado en este hecho por el Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Sin embargo, debe indicarse que este Dictamen fue emitido por Seguros de Vida Alfa SA, quien no es autorizada conforme a lo contractualmente pactado, por lo que, la Aseguradora no podrá ser llamada a reconocer pago alguno, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en estas, esto es, el fallecimiento del asegurado o la incapacidad total y permanente calificada por institución autorizada conforme. Lo anterior en concordancia con las condiciones generales y particulares de las pólizas en cuestión.

Frente al hecho número 13. No me consta lo afirmado en este hecho por el Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Frente al hecho número 14. No es cierto, dicho documento no corresponde a una reclamación. Ahora bien, debe indicarse que la solicitud fue objetada debido a que el señor Torres fue reticente por lo que el contrato se encuentra viciado de nulidad.

Frente al hecho número 15. Es cierto, se objetó la solicitud por la reticencia en la que incurrió el señor Torres, pues debe indicarse que el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el

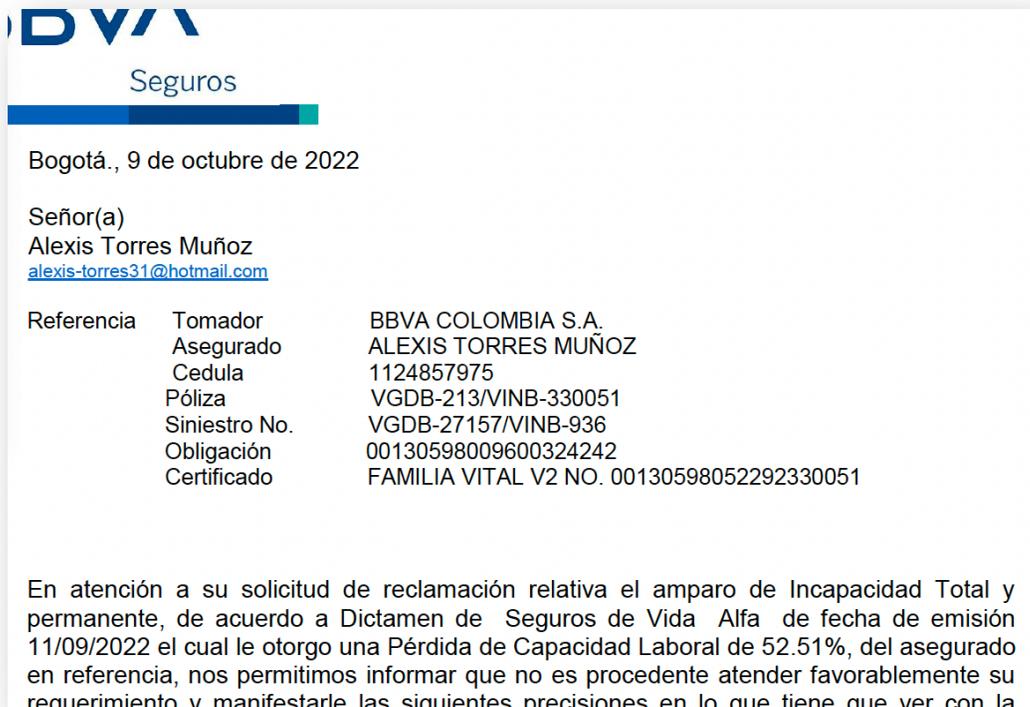
señor Alexis Torres conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de marzo de 2022 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Frente al hecho número 16. Es cierto, se objetó la solicitud por la reticencia en la que incurrió el señor Torres, pues debe indicarse que el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Alexis Torres conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de marzo de 2022 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Frente al hecho número 17. Es cierto. Sin embargo desde este momento debe indicarse que, se encuentra patente la falta de cobertura material de la Póliza Vida Grupo Deudores al no aportarse Dictamen expedido por las entidades autorizadas conforme a las pólizas adquiridas, pues contractualmente se estipuló que para afectar la cobertura de Incapacidad Total y Permanente de la asegurado, se debía aportar calificación de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitida por autoridad competente y se discriminaron así: *“EPS, ARL o AFP a la cual te encuentres afiliado o por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez”* sin embargo, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguros de Vida Alfa, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas en las condiciones del seguro, por tal motivo es improcedente afectar la póliza.

Frente al hecho número 18. No es cierto, dicho documento no corresponde a una reclamación. Ahora bien, debe indicarse que la solicitud fue objetada debido a que el señor Torres fue reticente por lo que el contrato se encuentra viciado de nulidad.

Frente al hecho número 19. No es cierto tal y como lo menciona el demandante, pues se mantuvo la objeción de estas fechas debido a que fue desde esta calenda que se objetaron las solicitudes de indemnización presentadas por el señor Torres. Es decir, desde el 9 de octubre de 2022 se negó el pago tanto del seguro de vida grupo deudores como el de la póliza familia vital, a saber:



Como es posible apreciar, en dicha objeción se encuentra identificada la póliza familia vital y el seguro de vida grupo deudores que amparaba la obligación terminada en 24242.

Frente al hecho número 20. Es cierto y como se explicó anteriormente, se remitieron las objeciones del año 2022 por cuanto en las mismas se había negado el pago de ambos seguros por la reticencia del asegurado.

Frente al hecho número 21. Es cierto en cuanto a que se ratifica la objeción a la solicitud por la reticencia en la que incurrió el señor Torres, pues debe indicarse que el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Alexis Torres conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de marzo de 2022 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Frente al hecho número 22. Es cierto y los mismos fueron remitidos en oportunidad.

Frente al hecho número 23. Es cierto.

Frente al hecho número 24. No es cierto, la póliza familia vital no se encontraba vigente, por cuanto la misma tuvo como fecha de terminación el día 03 de marzo de 2023. Sin embargo, esta en efecto se renovó, lo que quiere decir que es una póliza diferente.

Frente al hecho número 25. Es cierto. Sin embargo debe establecerse que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena

Frente al hecho número 26. Es cierto, las fechas de vigencia se encuentran comprendidas en el certificado.

Frente al hecho número 27. Es cierto. Sin embargo debe establecerse que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena

Frente al hecho número 28. No es un hecho debido a que no se describen circunstancias de tiempo modo y lugar. Es una apreciación subjetiva sin fundamento jurídico alguno, como se ha expuesto en este caso la póliza familia vital no podrá operar no solo debido a que el asegurado fue reticente, sino debido a las siguientes apreciaciones:

Falta de cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del C.Co: No podrá afectarse la póliza familia vital, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad a la fecha de formalización del seguro, pues el señor Torres desde el año 2021 fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% y se continuó materializando una vez los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador. Aunado a ello, previo a la adquisición del seguro, ya existían diagnósticos de dificultades de movilización, gonartrosis, trastorno de disco lumbar, lesión de plexo braquial y episodios depresivos, hechos generadores de la pérdida de capacidad laboral, lo cual denota la falta de cobertura temporal de la póliza, debido a que, para los años en los que se diagnosticaron los antecedentes patológicos el Seguro no se encontraba vigente.

Falta de cobertura material de la póliza familia vital; No presta cobertura material por cuanto, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado.

Nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado: El señor Torres fue reticente en virtud de que no informó el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los antecedentes que padecía el señor Torres con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

Frente al hecho número 29. No es un hecho debido a que no se describen circunstancias de tiempo modo y lugar. Es una apreciación subjetiva sin fundamento jurídico alguno, como se ha expuesto en este caso la póliza vida grupo deudores no podrá operar no solo debido a que el asegurado fue reticente, sino debido a las siguientes apreciaciones:

Falta de cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del C.Co: No podrá afectarse la póliza, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad a la fecha de formalización del seguro, pues el señor Torres desde el año 2021 fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% y se continuó materializando una vez los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador. Aunado a ello, previo a la adquisición del seguro, ya existían diagnósticos de dificultades de movilización, gonartrosis, trastorno de disco lumbar, lesión de plexo braquial y episodios depresivos, hechos generadores de la pérdida de capacidad laboral, lo cual denota la falta de cobertura temporal de la póliza, debido a que, para los años en los que se diagnosticaron los antecedentes patológicos el Seguro no se encontraba vigente.

Falta de cobertura material de la póliza familia vital: No presta cobertura material por cuanto, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una

entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado.

Nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado: El señor Torres fue reticente en virtud de que no informó el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los antecedentes que padecía el señor Torres con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

Frente al hecho número 30. Es cierto, las fechas de vigencia se encuentran comprendidas en el certificado. Sin embargo debe aclararse que, la Aseguradora no revocó unilateralmente el seguro.

Frente al hecho número 31. No me consta lo afirmado en este hecho por el Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LAS PRETENSIONES RELATIVAS AL SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES CERTIFICADO No. 056082000213

FRENTE A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: Me OPONGO a la PRIMERA pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que el contrato debe declararse nulo, en atención a que el asegurado fue reticente pues el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: Me OPONGO a la SEGUNDA pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no se saneó la nulidad que se excepciona. Sin perjuicio de ello, la póliza no solo no podrá operar por la reticencia si no por las siguientes razones:

Falta de cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del C.Co: No podrá afectarse la póliza, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad a la fecha de formalización del seguro, pues el señor Torres desde el año 2021 fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% y se continuó materializando una vez los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador. Aunado a ello, previo a la adquisición del seguro, ya existían diagnósticos de dificultades de movilización, gonartrosis, trastorno de disco lumbar, lesión de plexo braquial y episodios depresivos, hechos generadores de la pérdida de capacidad laboral, lo cual denota la falta de cobertura temporal de la póliza, debido a que, para los años en los que se diagnosticaron los antecedentes patológicos el Seguro no se encontraba vigente.

Falta de cobertura material de la póliza: No presta cobertura material por cuanto, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: Me OPONGO a la TERCERA pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la Compañía no revocó de forma unilateral el contrato de seguro, puesto que esto no es posible efectuarlo en los seguros de vida.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: Me OPONGO la pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado. Por la anterior razón al tenor del artículo 1072 del Código de Comercio no ha surgido la obligación condicional a cargo de BBVA Seguros de Vida Colombia SA, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado, puesto que la parte actora no aportó dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitido por las entidades autorizadas ni tampoco registro civil de defunción, lo que indica que, el señor Torres no acreditado su estado de invalidez o fallecimiento, por lo que no podrá surgir obligación a cargo de mi prohijada y de esta forma será improcedente afectarse la póliza.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE CONDENA

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante, puesto que no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Falta de cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del C.Co: No podrá afectarse la póliza, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad a la fecha de formalización del seguro, pues el señor Torres desde el año 2021 fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% y se continuó materializando una vez los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador. Aunado a ello, previo a la adquisición del seguro, ya existían diagnósticos de dificultades de movilización, gonartrosis, trastorno de disco lumbar, lesión de plexo braquial y episodios depresivos, hechos generadores de la pérdida de capacidad laboral, lo cual denota la falta de cobertura temporal de la póliza, debido a que, para los años en los que se diagnosticaron los antecedentes patológicos el Seguro no se encontraba vigente.

Falta de cobertura material de la póliza familia vital: No presta cobertura material por cuanto, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el

presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado.

Nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado: El señor Torres fue reticente en virtud de que no informó el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los antecedentes que padecía el señor Torres con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante, puesto que no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Falta de cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del C.Co: No podrá afectarse la póliza, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad a la fecha de formalización del seguro, pues el señor Torres desde el año 2021 fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% y se continuó materializando una vez los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador. Aunado a ello, previo a la adquisición del seguro, ya existían diagnósticos de dificultades de movilización, gonartrosis, trastorno de disco lumbar, lesión de plexo braquial y episodios depresivos, hechos generadores de la pérdida de capacidad laboral, lo cual denota la falta de cobertura temporal de la póliza, debido a que, para los años en los que se diagnosticaron los antecedentes patológicos el Seguro no se encontraba vigente.

Falta de cobertura material de la póliza familia vital: No presta cobertura material por cuanto, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado.

Nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado: El señor Torres fue reticente en virtud de que no informó el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los antecedentes que padecía el señor Torres con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA (SE REITERA ESTE NUMERAL EN EL ESCRITO DEMANDATORIO): ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante, puesto que no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Falta de cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del C.Co: No podrá afectarse la póliza, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad a la fecha de formalización del seguro, pues el señor Torres desde el año 2021 fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% y se continuó materializando una vez los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador. Aunado a ello, previo a la adquisición del seguro, ya existían diagnósticos de dificultades de movilización, gonartrosis, trastorno de disco lumbar, lesión de plexo

braquial y episodios depresivos, hechos generadores de la pérdida de capacidad laboral, lo cual denota la falta de cobertura temporal de la póliza, debido a que, para los años en los que se diagnosticaron los antecedentes patológicos el Seguro no se encontraba vigente.

Falta de cobertura material de la póliza familia vital: No presta cobertura material por cuanto, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado.

Nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado: El señor Torres fue reticente en virtud de que no informó el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los antecedentes que padecía el señor Torres con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA SUBSIDIARIA: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante, puesto que no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Falta de cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del C.Co: No podrá afectarse la póliza, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad a la fecha de

formalización del seguro, pues el señor Torres desde el año 2021 fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% y se continuó materializando una vez los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador. Aunado a ello, previo a la adquisición del seguro, ya existían diagnósticos de dificultades de movilización, gonartrosis, trastorno de disco lumbar, lesión de plexo braquial y episodios depresivos, hechos generadores de la pérdida de capacidad laboral, lo cual denota la falta de cobertura temporal de la póliza, debido a que, para los años en los que se diagnosticaron los antecedentes patológicos el Seguro no se encontraba vigente.

Falta de cobertura material de la póliza familia vital: No presta cobertura material por cuanto, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado.

Nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado: El señor Torres fue reticente en virtud de que no informó el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los antecedentes que padecía el señor Torres con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

**PRETENSIONES RELATIVAS AL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL FAMILIA VITAL No.
00130598052292330051**

FRENTE A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS

FRENTE A LA PRETENSIÓN OCTAVA: Me OPONGO a la OCTAVA pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que el contrato debe declararse nulo, en atención a que el asegurado fue reticente pues el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NOVENA: Me OPONGO a la NOVENA pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, pues el contrato de seguro familia vital se encuentra viciando de nulidad, debido a que el señor Torres fue reticente en virtud de que no informó el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DÉCIMA: Me OPONGO a la DÉCIMA pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no se saneó la nulidad que se excepciona. Sin perjuicio de ello, la póliza no solo no podrá operar por la reticencia si no por las siguientes razones:

Falta de cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del C.Co: No podrá afectarse la póliza, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad a la fecha de formalización del seguro, pues el señor Torres desde el año 2021 fue calificado con una pérdida de

capacidad laboral del 48,32% y se continuó materializando una vez los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador. Aunado a ello, previo a la adquisición del seguro, ya existían diagnósticos de dificultades de movilización, gonartrosis, trastorno de disco lumbar, lesión de plexo braquial y episodios depresivos, hechos generadores de la pérdida de capacidad laboral, lo cual denota la falta de cobertura temporal de la póliza, debido a que, para los años en los que se diagnosticaron los antecedentes patológicos el Seguro no se encontraba vigente.

Falta de cobertura material de la póliza familia vital; No presta cobertura material por cuanto, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DÉCIMA PRIMERA: Me OPONGO la pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado. Por la anterior razón al tenor del artículo 1072 del Código de Comercio no ha surgido la obligación condicional a cargo de BBVA Seguros de Vida Colombia SA, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado, puesto que la parte actora no aportó dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitido por las entidades autorizadas ni tampoco registro civil de defunción, lo que indica que, el señor Torres no acreditado su estado de invalidez o fallecimiento, por lo que no podrá surgir obligación a cargo de mi prohilada y de esta forma será improcedente afectarse la póliza.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE CONDENA

FRENTE A LA PRETENSIÓN DÉCIMA SEGUNDA: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante, puesto que no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Falta de cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del C.Co: No podrá afectarse la póliza, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad a la fecha de formalización del seguro, pues el señor Torres desde el año 2021 fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% y se continuó materializando una vez los riesgos empezaron a correr

por cuenta del asegurador. Aunado a ello, previo a la adquisición del seguro, ya existían diagnósticos de dificultades de movilización, gonartrosis, trastorno de disco lumbar, lesión de plexo braquial y episodios depresivos, hechos generadores de la pérdida de capacidad laboral, lo cual denota la falta de cobertura temporal de la póliza, debido a que, para los años en los que se diagnosticaron los antecedentes patológicos el Seguro no se encontraba vigente.

Falta de cobertura material de la póliza familia vital: No presta cobertura material por cuanto, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado.

Nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado: El señor Torres fue reticente en virtud de que no informó el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los antecedentes que padecía el señor Torres con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DÉCIMA TERCERA: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante, puesto que no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Falta de cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del C.Co: No podrá afectarse la póliza, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad a la fecha de formalización del seguro, pues el señor Torres desde el año 2021 fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% y se continuó materializando una vez los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador. Aunado a ello, previo a la adquisición del seguro, ya existían diagnósticos de dificultades de movilización, gonartrosis, trastorno de disco lumbar, lesión de plexo braquial y episodios depresivos, hechos generadores de la pérdida de capacidad laboral, lo cual denota la falta de cobertura temporal de la póliza, debido a que, para los años en los que se diagnosticaron los antecedentes patológicos el Seguro no se encontraba vigente.

Falta de cobertura material de la póliza familia vital: No presta cobertura material por cuanto, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado.

Nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado: El señor Torres fue reticente en virtud de que no informó el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los antecedentes que padecía el señor Torres con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DÉCIMA TERCERA SUBSIDIARIA: ME OPONGO a la pretensión

elevada por la parte Accionante, puesto que no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Falta de cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del C.Co: No podrá afectarse la póliza, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad a la fecha de formalización del seguro, pues el señor Torres desde el año 2021 fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% y se continuó materializando una vez los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador. Aunado a ello, previo a la adquisición del seguro, ya existían diagnósticos de dificultades de movilización, gonartrosis, trastorno de disco lumbar, lesión de plexo braquial y episodios depresivos, hechos generadores de la pérdida de capacidad laboral, lo cual denota la falta de cobertura temporal de la póliza, debido a que, para los años en los que se diagnosticaron los antecedentes patológicos el Seguro no se encontraba vigente.

Falta de cobertura material de la póliza familia vital; No presta cobertura material por cuanto, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en el clausulado.

Nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado: El señor Torres fue reticente en virtud de que no informó el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los antecedentes que padecía el señor Torres con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones

mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DÉCIMA CUARTA: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante, puesto que no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable condenar a la Aseguradora al pago de agencias en derecho y costas, debido a que, como se ha expuesto la Compañía objetó las solicitudes de indemnización conforme a los parámetros legales y como se ha puesto de presente las pólizas objeto de litigio no podrán operar debido a que se encuentra patente la falta de cobertura temporal, material y los contratos deben ser declarados nulos, por ello quien debe ser condenada en costas es la parte actora.

CAPÍTULO III

OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

No podrá condenarse a BBVA Seguros de Vida Colombia SA al pago de la indemnización que se deriva de los contratos de seguro en donde el señor Torres figura como asegurado por las siguientes razones:

Falta de cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del C.Co: No podrán afectarse las pólizas objeto de litigio, puesto que no presta cobertura temporal en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, dado que, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad a la fecha de formalización de los seguros, pues el señor Torres desde el año 2021 fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% y se continuó materializando una vez los riesgos empezaron a correr por cuenta del asegurador. Aunado a ello, previo a la adquisición de los seguros, ya existían diagnósticos de dificultades de movilización, gonartrosis, trastorno de disco lumbar, lesión de plexo braquial y episodios depresivos, hechos generadores de la pérdida de capacidad laboral, lo cual denota la falta de cobertura temporal de las pólizas, debido a que, para los años en los que se diagnosticaron los antecedentes patológicos los Seguros no se encontraban vigente.

Falta de cobertura material de las pólizas objeto de litigio: No prestan cobertura material por cuanto, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Torres no fue emitido por una entidad habilitado para ello, conforme las condiciones de las pólizas, las cuales son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguro de Vida Alfa SA, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente en los clausulados.

Nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado: El señor Torres

fue reticente en virtud de que no informó el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado ya había sido calificado previamente con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% , asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que vician el consentimiento de la Compañía de Seguros, pues si mi representada hubiera conocido estos antecedentes con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente hubiera tenido dos opciones:

1. Extra primar el seguro (pactar condiciones mucho más onerosas en el contrato)
2. No contratar la Póliza.

Así pues, en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias de mayor o menor relevancia que determinan el riesgo moral o subjetivo y el riesgo objetivo, las cuales están llamadas, según el caso, a influir sobre el juicio del asegurador de tal manera que en la medida en que sean relevantes y se omitan, o las mismas no correspondieran a la realidad, el contrato estará sujeto a la sanción legal que establece el precitado artículo 1058, y por ende, la compañía de seguros podrá aducirla como causal exonerativa de su responsabilidad de cumplir con la prestación contenida en el respectivo negocio jurídico.

Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda.

EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

1. FALTA DE COBERTURA MATERIAL POR TRATARSE DE UN DICTAMEN NO EXPEDIDO POR INSTITUCIÓN AUTORIZADA

Es importante que esta Delegatura tenga en consideración que se encuentra patente la falta de cobertura material de las Pólizas objeto de litigio, al no aportarse Dictamen expedido por las entidades autorizadas conforme a las pólizas adquiridas, pues contractualmente se estipuló que para afectar la cobertura de Incapacidad Total y Permanente de la asegurado, se debía aportar calificación de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitida por autoridad competente y se discriminaron así: *“EPS, ARL o AFP a la cual te encuentres afiliado o por la Junta Regional o*

Nacional de Calificación de Invalidez” sin embargo, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguros de Vida Alfa, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas en las condiciones del seguro, por tal motivo es improcedente acceder a las pretensiones del extremo actor.

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma, como se explica que al suscribir el contrato de seguro respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos y no otorgar otros. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza:

*ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir **todos o algunos** de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.*

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

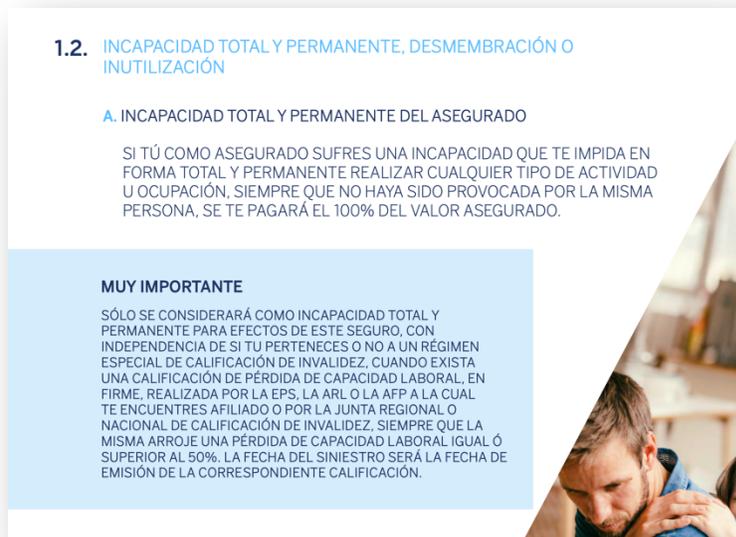
*“(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”.¹*
(Subrayado y negrilla fuera del texto”

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio, con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones en las cuales asumen los mismos. En este orden de ideas y como se ha venido exponiendo de forma transversal en el

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00

documento, no resulta jurídicamente admisible trasladar una eventual obligación indemnizatoria a mi poderdante, como quiera que la póliza no presta cobertura material. Lo anterior, aterrizado al caso concreto quiere decir que de la mera lectura de las condiciones de la póliza de seguro se entiende que allí se amparó el riesgo siempre que el asegurado allegara dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por autoridad competente, las cuales eran: Fondo De Pensiones, ARL, EPS Junta Regional O Nacional de Calificación de Invalidez, lo cual no ocurre en el caso en concreto, puesto que se aportó una calificación emitida por Seguros de Vida Alfa, entidad que no se encontraba autorizada conforme a lo contractualmente pactado, por lo que, la Aseguradora no podrá ser llamada a reconocer pago alguno con cargo a las pólizas objeto de litigio.

Ahora bien, es importante transcribir el amparo de Incapacidad Total y Permanente de la póliza familia vital que se encuentra en el clausulado y en el cual se indican cuáles son las entidades autorizadas para emitir la calificación de la pérdida de capacidad laboral del asegurado:



Documento: Clausulado Póliza Familia Vital

Transcripción esencial: **“SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI TU PERTENECES O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL TE ENCUENTRES AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL Ó SUPERIOR AL 50%. LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.”**

Por otra parte, es importante también transcribir el amparo de Incapacidad Total y Permanente de la póliza vida grupo deudores que se encuentra en el clausulado y en el cual se indican cuáles son

las entidades autorizadas para emitir la calificación de la pérdida de capacidad laboral del asegurado:

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

2. CONVERTIBILIDAD

Documento: Clausulado Póliza Familia Vital

Transcripción esencial: *“SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR **LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ,** SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.”*

Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que la póliza no presta cobertura material por cuanto, quien calificó al asegurado fue Seguros de Vida Alfa, quien no es una EPS, ARL, AFP ni juntas de calificación, veamos:

213069-43



Cód Verificación:
26627797



Pág 1 de 6

**FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1507 agosto 12 de 2014**

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha dictamen: 11/09/2022		Dictamen No: 3803971	
Motivo de solicitud:	Primera oportunidad: X	Primera Instancia:	Segunda Instancia:
Solicitante:	EPS: ARL: Empleado:	Rama Judicial:	Otro:
Afiado: X Pensionado			
Nombre solicitante: ALEXIS TORRES MUNOZ NIT/Documento de Identidad: 1124857975 Teléfono:			
Dirección: VEREDA EL PEPINO Email: ALEXIS-TORRES31@HOTMAIL.COM Ciudad: MOCOA (PUTUMAYO)			

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

En conclusión, se encuentra patente la falta de cobertura material de la póliza familia vital número 00130598052292330051 y de la póliza vida grupo deudores que amparaba la obligación número 00130598009600324242 en virtud de que no se cumplen las condiciones pactadas contractualmente para que surja así la obligación condicional a cargo de mi representada, lo cual es totalmente válido en virtud del artículo 1056 del Código de Comercio el cual consagra la posibilidad de que, el asegurador a su arbitrio podrá asumir riesgos y establecer las condiciones para asumirlos, ahora bien, teniendo en cuenta que, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por el señor Alexis Torres no fue emitido por una entidad habilitada para ello, es claro que mi representada no puede ser condenada, pues conforme a las condiciones de las pólizas, las instituciones autorizadas son: ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por Seguros de Vida Alfa, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente, por tal motivo es inviable afectar los Seguros objeto de litigio.

2. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA DEUDORES NO. 02 236 000007161 QUE GARANTIZABA EL CRÉDITO NÚMERO 00130598009600324242 Y LA PÓLIZA FAMILIA VITAL NÚMERO 00130598052292330051

El señor Alexis Torres fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de su padecimiento de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger

a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras y en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”².*

(Subrayado y Negrita fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la Asegurada conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, la Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su

² BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

*celebración hasta la ejecución del mismo. Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación. **En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.*** (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.

*Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora**”.* (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo.

Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

*“Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad” de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.***

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato.

En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01., la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del C.Co., analizando lo siguiente:

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente***

un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado. Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio. Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.”³(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

No obstante y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación,

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es *uberrimae bona fidei contractus*, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 03 de marzo de 2022, fecha en la cual la Asegurada solicitó su aseguramiento, en virtud de que adquirió la obligación crediticia número 00130598009600324242 y por ello se expidió el Seguro Vida Deudores No. 02 236 0000007161 y en el mismo sentido adquirió la póliza familia vital número 00130598052292330051, se le formularon dos cuestionarios (declaraciones de asegurabilidad), en

las cuales las preguntas consignada fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderla y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor Alexis Torres las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad, a saber:

- Declaración de Asegurabilidad suscrita para la adquisición del seguro vida grupo deudores:

Formulario de Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles) con los siguientes datos:

- Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: **Medimas**
- ¿Tiene medicina prepagada o plan como empleado? **Si** **No** **Cuá?**
- Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni corchetas
- Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles):
 - Estatura: **1.78** cts, Peso: **80** Kg, **Natación**
 - ¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, tromboosis o accidente cerebrovascular, epoca, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?
 - ¿Presenta o ha presentado síncope o tumores de cualquier clase?
 - ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?
 - ¿Sufre alguna incapacidad física o mental?
 - ¿Sufre o ha sufrido alguna enfermedad o problema de salud no contemplado anteriormente?
 - Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:
- * Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.
- No firme esta solicitud sin leer este texto

- Declaración de Asegurabilidad suscrita para la adquisición del seguro familia vital:

Formulario de Declaración de Asegurabilidad con los siguientes datos:

- No firme esta solicitud sin leer este texto
- Declaración de asegurabilidad:
 - Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (Hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular, trombosis), Obesidad, Diabetes, Asma, VIH Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Riñones, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiquiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y Si No Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.
- Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, financiera y laboral por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. entregando los soportes y documentos correspondientes.
- Se informa que es obligatorio que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otras) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1256 de 2008 y 1891 de 2012.
- Declaro que mis recursos económicos son suficientes para pagar las primas del seguro.

Es decir, a pesar de que el señor Alexis Torres conocía de su padecimiento de salud con anterioridad al mes de marzo de 2022, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. En otras palabras, no existe duda alguna de que, en el presente caso, el señor Torres respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, esta negativa constituye una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor Alexis Torres, es de gran importancia abordar lo señalado en su historia clínica, pues en esta se indica que al menos desde octubre de 2015 contaba con antecedente de accidente que tuvo como secuela dolor neuropático en miembro superior izquierdo, cefalea occipital tipo corrientazo, insomnio secundario a dolor, pérdida de movilidad de miembro superior izquierdo, tendinitis de

bíceps. Asimismo, en el año 2019 se registra trastorno de plexo braquial, fractura de la epífisis inferior del fémur, lesión completa del plexo braquial izquierdo, disminución del espacio articular patelofemoral con osteofitos marginales. Esclerosis de los platillos tibiales, Fractura antigua consolidada en el tercio distal del fémur izquierdo, Esclerosis del foco la fractura control ondulamiento del periostio, hernia discal central derecha, episodio depresivo e incluso había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32%. En este extracto de la historia clínica es muy clara al establecer, los antecedentes en mención:

Ahora bien, como se ilustrará a continuación, resulta imperioso que la honorable Superintendencia Financiera tenga en cuenta que la calificación y las enfermedades en mención eran padecidas y conocidas por el señor Torres con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. En este sentido, al analizar la información médica del Accionante, es evidente que el padecimiento de esta enfermedad fue antes del año 2022.

- **DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEL 48,32% ELABORADO POR LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EL 05 DE ENERO DE 2021**

Resulta imperioso que la honorable Superintendencia Financiera tenga en cuenta que el señor Alex Torres fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32%, la cual era conocido por el asegurado con anterioridad a su inclusión en los contratos de seguro, pues la calificación de pérdida de capacidad laboral del 48.32% que fue dictaminada el día 05 de enero de 2021 fue previo a la fecha en la que se formalizaron los contratos de seguro:

CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL		
OTROS		
6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TITULOS I y II		
Descripción de la enfermedad Actual:		
Paciente masculino de 30 años, ocupación auxiliar técnico, cargo operario de cartera, quien sufrió accidente de tránsito el 24/10/2015, cursando con fractura de la diáfisis del fémur, fractura supracondílea de fémur izquierda, otras gonartrosis		
ALEXIS TORRES MUNOZ - CC 1124857975 - SINIESTRO 201910620		
Página 1		
		
Cód Verificación: 26627797		Pág 2 de 6
<p>postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda, traumatismo del plexo braquial izquierdo, trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía, diagnósticos por los cuales cuenta con dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral proferido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez con PCL de 48.32% con fecha de estructuración del 03/06/2020. Por solicitud directa del afiliado se procede a nueva calificación de pérdida de capacidad laboral ya que presenta nuevas patologías no incluidas en el dictamen de PCL con la documentación aportada a la fecha de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1352 de 2013.</p>		
Fecha	Especialista o examen	Resultado
20/09/2019	Concepto de rehabilitación – Medimas	Diagnóstico: trastorno de plexo braquial, fractura de la epífisis inferior del

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad laboral emitido por Seguros de Vida Alfa SA

Transcripción esencial: “(...) cuenta con dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral proferido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez con PCL de 48.32% con fecha de estructuración del 03/06/2020. Por solicitud directa

del afiliado se procede a nueva calificación de pérdida de capacidad laboral ya que presenta nuevas patologías no incluidas en el dictamen de PCL (...)"

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que con anterioridad al mes de marzo de 2022, el señor Alexis Torres ya se le había practicado un dictamen en donde su resultado fue una pérdida de capacidad laboral del 48,32%. De modo que no es factible que para el momento de solicitar su aseguramiento el 03 de marzo de 2022 no conociera de dicha invalidez. Máxime, cuando para dicha calificación es necesaria la solicitud de la práctica de la misma por el demandante.

Así las cosas, es evidente que en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de marzo de 2022, ya había sido calificado con una PCL del 48,32% en el año 2021. En consecuencia, no puede ser más claro que no haber informado la existencia de esta calificación constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que si mi procurada hubiera conocido de la existencia de dicha calificación aproximada al 50% del PCL con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Ahora bien, como se evidencia en el dictamen del 05 de enero de 2021, la incapacidad total y permanente se derivó de una serie de antecedentes patológicos que se desarrollaron previo al año 2021, es decir previo al 02 de marzo de 2022, fecha en la que se adquirieron las pólizas, veamos:

05/01/2021	Dictamen de PCL- JNCI	separación de pareja, ideas depresivas, de minusvalía, se considera episodio depresivo, se realiza contención emocional, se indica manejo antidepressivo, psicología, control. Numero: 1124857975 -936. Primera oportunidad: Seguros de vida alfa. Primera instancia: JRCI Bogotá. Diagnostico: fractura de la diáfisis del fémur, fractura supracondílea de fémur izquierda, otras gonartrosis
ALEXIS TORRES MUNOZ - CC 1124857975 - SINIESTRO 201910620 Página 2		
 Cód Verificación: 26627797		 Pág 3 de 6
02/12/2021	Psiquiatría – Clínica de la Amazonia	postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda, traumatismo del plexo braquial izquierdo, trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía. Título I: 32.52%. Título II: rola laboral: 11.50%, otras áreas ocupacionales: 4.30%. PCL total: 48.32%. Origen: accidente común. Fecha de estructuración: 03/06/2020, concepto de ortopedia donde se establece diagnostico de trastorno de disco lumbar, indica proceso de rehabilitación. Origen: enfermedad común. Paciente quien es auxiliar de enfermería, cuadro que inicia en 2015, presentando limitación en la movilidad y dolor en extremidad de difícil manejo, se considera diagnóstico de episodio depresivo moderado, secuelas físicas.

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad laboral emitido por Seguros de Vida Alfa SA

Transcripción esencial: “Numero: 1124857975 -936. Primera oportunidad: Seguros de vida alfa. Primera instancia: JRCI Bogotá. Diagnostico: **fractura de la diáfisis del fémur, fractura supracondílea de fémur izquierda, otras gonartrosis postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda, traumatismo del plexo**”

braquial izquierdo, trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía. Título I: 32.52%. Título II: rola laboral: 11.50%, otras áreas ocupacionales: 4.30%. PCL total: 48.32%. Origen: accidente común. Fecha de estructuración: 03/06/2020, concepto de ortopedia donde se establece diagnóstico de trastorno de disco lumbar, indica proceso de rehabilitación. Origen: enfermedad común.”
(Subrayado y Negrita fuera de texto)

Esta serie de antecedentes patológicos tuvieron una incidencia severa en la calificación de pérdida de capacidad laboral, los cuales no fueron informados en las declaraciones de asegurabilidad y tal y como se evidenciará a continuación, el asegurado conocía de cada patología y no informó dicha enfermedad a la aseguradora y en ese sentido el contrato de seguro no podrá operar, pues adolece de nulidad en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio:

○ **PÉRDIDA DE MOVILIDAD POR ACCIDENTE ACAECIDO EN EL AÑO 2015**

Desde octubre de 2015 el señor Alexis Torres ya contaba con antecedentes de pérdida de movilidad conforme a lo registrado en la Historia Clínica y Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral elaborado por Seguros de Vida Alfa SA:

• **Anamnesis**
Fecha y Hora: 18/04/2023 17:14:20 **Profesional:** Cesar Augusto Florez Ortega.(medicina .)
Tipo de Consulta: (517100840TEL) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TELEXPERTICIA EN PSIQUIATRIA
Finalidad: No Aplica
Motivo de Consulta: consulta por telexperticia con psiquiatria, dr Juan Molina, psiquiatra
Enfermedad Actual: Paciente con antecedente de accidente en octubre 2015, con dolor neuropático en miembro superior izquierdo, cefalea occipital tipo corrientazo. Insomnio secundario a dolor, con pérdida de movilidad de miembro superior izquierdo. Ha estado en manejo con clínica de dolor, no recuerda el nombre de los medicamentos. Paciente refiere ansiedad leve, preocupación excesiva.

Documento: Historia Clínica emitida por el Hospital José María Hernández Sede Mocoa

Transcripción esencial: “con antecedente de accidente en octubre 2015, con **dolor neuropático en miembro superior izquierdo**, cefalea occipital tipo corrientazo. Insomnio secundario a dolor, con **pérdida de movilidad de miembro superior izquierdo**. Ha estado en manejo con clínica de dolor, no recuerda el nombre de los medicamentos. Paciente refiere ansiedad leve, preocupación excesiva.”

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que con anterioridad al mes de marzo de 2022, el señor Torres tenía antecedentes de pérdida de movilidad. De modo que no es factible que para el momento de solicitar su aseguramiento el 03 de marzo de 2021 no conociera de su padecimiento de salud. Máxime cuando en múltiples consultas y toma de radiografías se evidencian dichas dificultades para moverse, a saber:

- El día 20 de septiembre de 2019 se registró que el señor Alexis Torres padecía de: (i) trastorno de plexo braquial, es decir que pierde la sensibilidad y movimiento del nervio; y, (ii) fractura de la epífisis inferior del fémur, es decir la limitación de la pierna.
- El día 23 de noviembre de 2019 se registró que el señor Alexis Torres padecía de: (i) lesión completa del plexo braquial izquierdo preganglionar afectación de raíces, es decir que no había movimiento del brazo izquierdo; (ii) Disminución del espacio articular patelofemoral con osteofitos marginales, lo que quiere decir que existía dolor y poca articulación alrededor de la rótula.
- El día 25 de noviembre de 2019 se registró que el señor Alexis Torres padecía de: (i) Fractura antigua consolidada en el tercio distal del fémur izquierdo con compromiso los cóndilos femorales reducida mediante un tornillo, como se evidencia, el señor Alexis tenía un tornillo, el cual tiene como función mantener los huesos en la posición correcta para la movilización, lo cual se realiza mediante una intervención quirúrgica; (ii) Esclerosis del foco la fractura control ondulamiento del periostio; (iii) Múltiples imágenes con densidad metálica el hombro izquierdo, lo que corresponde a material postquirurgico
- El día 06 del junio de 2020 se registró que al señor Alexis Torres se le habían practicado 2 reconstrucción por fracturas. Asimismo, padecía de cojera a expensas del lado Izquierdo y acortamiento de MII con deformidad en varo de rodilla izquierda.

Fecha	Especialista o examen	Resultado
20/09/2019	Concepto de rehabilitación – Medimas	Diagnóstico: trastorno de plexo braquial, fractura de la epífisis inferior del fémur . Resumen de historia: paciente con incapacidad prolongada por los diagnósticos anotados, se remite para calificación de PCL, en 2015 sufre accidente de tránsito. Concepto: desfavorable .
23/11/2019	Estudio de electrodiagnóstico . City med	Estudio electrofisiológico normal con lesión completa del plexo braquial izquierdo preganglionar afectación de raíces C5 a C8 y postganglionar del tronco superior, sin evidencia de signos de re-inervación
23/11/2019	Radiografía de rodilla izquierda - Cend	Osteopenia. Disminución del espacio articular patelofemoral con osteofitos marginales . Esclerosis de los platillos tibiales. Aflamiento de las espinas tibiales. Material de osteosintesis en cóndilos femorales. Los tejidos blandos periartriculares no muestran ensanchamientos por edema o derrame articular. No hay calcificaciones patológicas por pedir tendinitis o cuerpo extraño. CONCLUSION: cambios artrosicos en articulación de la rodilla izquierda.
25/11/2019	Radiografía del fémur izquierdo - Cend	Densidad ósea ligeramente disminuida en el tercio distal del fémur. Fractura antigua consolidada en el tercio distal del fémur izquierdo con compromiso los cóndilos femorales, reducida mediante un tornillo. Se observan dos tornillos intraóseos los cuales se encuentran con pérdida la cabeza de los mismos . Esclerosis del foco la fractura control ondulamiento del periostio. Tejidos blandos normales. Radiografía de hombro izquierdo: osteopenia. Cabeza humeral descendida en probable relación con subluxación crónica. Múltiples imágenes con densidad metálica el hombro izquierdo y en el tercio proximal de la reja costal que podrían corresponder a material postquirúrgico . No hay calcificaciones distróficas. Tejidos blandos normales
22/01/2020	RM columna lumbosacra – Cenditer	Pequeña hernia discal central derecha prolapxada en L5-S1 que no comprime raíces nerviosas en el reposo.
03/06/2020	Ortopedia – tomado de dictamen JNCI	Paciente con dolor lumbar irradiado a MII, con parestesias, secuela de lesión de plexo braquial izquierdo con reconstrucción en 2 ocasiones, antecedente de fractura supracondílea de fémur izquierdo, al examen físico miembro superior izquierdo parética, marcha con cojera a expensas del lado izquierdo, dolor a la digitopresión a nivel de L4-L5 L5S1 ligero espasmo paravertebral, lasegue negativo, acortamiento de MII con deformidad en varo de rodilla izquierda con movilidad de 0-90°, control en dos meses, diagnóstico: trastorno de disco lumbar .
19/08/2020	Psiquiatría – clínica de la amazonia	Paciente con cuadro clínico que inicia en 2015m posterior secuelas física secundaria, accidente de tránsito, limitación en la movilidad y dolor de difícil manejo , síntomas que han empeorado en los 6 meses, posteiro a separación de pareja, ideas depresivas, de minusvalía, se considera episodio depresivo, se realiza contención emocional, se indica manejo antidepressivo, psicoloia, control.
05/01/2021	Dictamen de PCL - JNCI	Numero: 1124857975_936 Primera oportunidad: Seguros de vida alfa

Por otra parte, debe indicarse que estos antecedentes tuvieron impacto en la calificación de pérdida de capacidad laboral del asegurado, como se evidencia a continuación:

03/12/2021	RX panorámica de mano - Cerrajer	Existe acortamiento del eje funcional del III en relación con el eje funcional de MID de 35 mm.			
TITULO I CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS					
CIE 10	DIAGNÓSTICO	DEFICIENCIA(S)/MOTIVO DE CALIFICACION/CONDICIONES DE SAL			
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR	Común Fractura supracondílea de femur izquierdo			
M173	OTRAS GONARTROSIS POSTRAUMATICAS	Común Gonartrosis postraumática izquierda			
M511	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Común Trastorno de disco lumbar			
S143	TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL	Común Traumatismo de plexo braquial izquierdo			
F328	OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS	Común Trastorno depresivo			
No	Descripción	Clase funcional/Valor porcentual	CAT	Domini	% Total
		No Tabla Clase [CFP] [CFM1] [CFM2] [CFM3] Ajust	Resultado	han	Deficiencia

Así las cosas, es evidente que en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de marzo de 2022, ya padecía de dificultades de movilidad e incluso se evidencia que había sido intervenido en múltiples ocasiones y dentro de sus miembros había muestras metálicas que corresponde a tornillos, lo cual había sido diagnosticado al menos desde el accidente del año 2015. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de estos antecedentes constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que si mi procurada hubiera conocido de la existencia del accidente que derivó la lesión completa del plexo braquial, fractura de la epífisis inferior del fémur, disminución del espacio articular patelofemoral con osteofitos marginales, esclerosis del foco la fractura control ondulamiento del periostio, la cojera y la inserción de tornillos con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

○ **GONARTROSIS PADECIDA AL MENOS DESDE EL AÑO 2021**

Desde de enero de 2021 el señor Alexis Torres ya contaba con antecedentes gonartrosis conforme a lo registrado en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral elaborado por Seguros de Vida Alfa SA:

05/01/2021	Dictamen de PCL- JNCI	episodio depresivo, se realiza contención emocional, se indica manejo antidepresivo, psicología, control. Numero: 1124857975 -936. Primera oportunidad: Seguros de vida alfa. Primera instancia: JRCI Bogotá. Diagnostico: fractura de la diáfisis del fémur, fractura supracondílea de fémur izquierda, otras gonartrosis
ALEXIS TORRES MUNOZ - CC 1124857975 - SINIESTRO 201910620 Página 2		
 Cód Verificación: 26627797		 Pág 3 de 6
02/12/2021	Psiquiatría – Clínica de la Amazonia	postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda, traumatismo del plexo braquial izquierdo, trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía. Titulo I: 32.52%. Titulo II: rola laboral: 11.50%, otras áreas ocupacionales: 4.30%. PCL total: 48.32%. Origen: accidente común. Fecha de estructuración: 03/06/2020, concepto de ortopedia donde se establece diagnostico de trastorno de disco lumbar, indica proceso de rehabilitación. Origen: enfermedad común. Paciente quien es auxiliar de enfermería, cuadro que inicia en 2015.

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad laboral emitido por Seguros de

Vida Alfa SA

Transcripción esencial: “05/01/2021 Dictamen de PCL- JNCI otras gonartrosis postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda (...)”

Por otra parte, debe indicarse la Gonartrosis es una enfermedad degenerativa y progresiva que tuvo que ser declarada por el asegurado por cuanto la misma tiene un desarrollo continuó en la salud del asegurado, lo que hace que el estado del riesgo tenga una repercusión directa y más significativa en la decisión de la Compañía para celebrar el negocio asegurativo, Maxime cuando dicha patología tuvo impacto en la calificación de pérdida de capacidad laboral del asegurado, como se evidencia a continuación:

15/12/2021	Rx panorámica de MMII – Cenditder	Existe acortamiento del eje funcional del MII en relación con el eje funciona de MID de 35 mm.
TITULO I CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS		
CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN DEFICIENCIA(S)/MOTIVO DE CALIFICACION/CONDICIONES DE SAL
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR	Común Fractura supracondílea de femur izquierdo
M173	OTRAS GONARTROSIS POSTRAUMATICAS	Común Gonartrosis postraumática izquierda
M511	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Común Trastorno de disco lumbar
S143	TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL	Común Traumatismo de plexo braquial izquierdo
F328	OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS	Común Trstorno depresivo
No	Descripción	Clase funcional/Valor porcentual
		No Tabla Clase ICF CEM CEM CEM CEM Resultado CAT Domi % Total

Así las cosas, es evidente que en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de marzo de 2022, ya padecía de gonartrosis al menos desde el año 2021. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de estos antecedentes constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que si mi procurada hubiera conocido de la existencia la enfermedad degenerativa y progresiva con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

○ **TRASTORNO DE DISCO LUMBAR DESDE EL AÑO 2020**

Desde de enero de 2020 el señor Alexis Torres ya contaba con antecedente de trastorno de disco lumbar conforme a lo registrado en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral elaborado por Seguros de Vida Alfa SA:

03/06/2020	Ortopedia – tomado de dictamen JNCI	comprime raíces nerviosas en el reposo. Paciente con dolor lumbar irradiado a MII, con parestesias, secuela de lesión de plexo braquial izquierdo con reconstrucción en 2 ocasiones, antecedente de fractura supracondílea de fémur izquierdo, al examen físico miembro superior izquierdo parética, marcha con cojera a expensas del lado izquierdo, dolor a la digitopresión a nivel de L4-L5 L5S1 ligero espasmo paravertebral , lasegue negativo, acortamiento de MII con deformidad en varo de rodilla izquierda con movilidad de 0-90°, control en dos meses, diagnóstico: trastorno de disco lumbar.
10/08/2020	Psiquiatría – clínica de la amazonia	Paciente con cuadro clínico que inició en 2015 en posterior secuela física

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad laboral emitido por Seguros de

Vida Alfa SA

Transcripción esencial: “dolor a la digitopresión a nivel de L4-L5 **L5S1 ligero espasmo paravertebral**, lasegue negativo, acortamiento de MII con deformidad en varo de rodilla izquierda con movilidad de 0-90°, control en dos meses, diagnóstico: **trastorno de disco lumbar.**”

Por otra parte, debe indicarse que el trastorno de disco lumbar es una afección de la espalda, por lo que debe tenerse en cuenta que el señor Torres no solo contaba con dificultad para movilizarse por las fracturas, sino que, también contaba con dolores vertebrales, por lo que era de gran importancia que dicho trastorno fuera informado a la Compañía. Maxime cuando dicha patología tuvo impacto en la calificación de pérdida de capacidad laboral del asegurado, como se evidencia a continuación:

TITULO I											
CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS											
CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	DEFICIENCIA(S)/MOTIVO DE CALIFICACION/CONDICIONES DE SAL								
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR	Común	Fractura supracondilea de femur izquierdo								
M173	OTRAS GONARTROSIS POSTRAUMATICAS	Común	Gonartrosis postraumática izquierda								
M511	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Común	Trastorno de disco lumbar								
S143	TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL	Común	Traumatismo de plexo braquial izquierdo								
F328	OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS	Común	Trstorno depresivo								
No	Descripción	Clase funcional/Valor porcentual							CAT	Domi nan cia	% Total Deficiencia (F.Balthazar
		No Tabla	Clase	CFP FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajust e			

Así las cosas, es evidente que en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de marzo de 2022, ya padecía del trastorno de disco lumbar al menos desde el año 2020. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de estos antecedentes constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que si mi procurada hubiera conocido de la existencia de dicho padecimiento con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

○ **ANTECEDENTE DEPRESIVO DESDE EL AÑO 2020**

Desde de enero de 2020 el señor Alexis Torres ya contaba con antecedente de trastorno de disco lumbar conforme a lo registrado en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral elaborado por Seguros de Vida Alfa SA:

02/12/2021	Psiquiatría – Clínica de la Amazonia	Origen: enfermedad común. Paciente quien es auxiliar de enfermería, cuadro que inicia en 2015, presentando limitación en la movilidad y dolor en extremidad de difícil manejo, se considera diagnóstico de episodio depresivo moderado, secuelas físicas postraumáticas, pérdida de la movilidad de miembro superior izquierdo, dolor lumbar, en agosto de 2020 se inicio manejo con sertralina, quetiapina, adecuada respuesta clínica, no adherente al manejo, se brinda psicoeducación, la importancia de adherencia, necesidad de manejo farmacológico, síntomas depresivos mal adaptativos, se realiza contención emocional, manejo antidepresivo, psicología semana, control en un mes. Diagnóstico: episodio depresivo moderado, dolor crónico intratable.
15/12/2021	Rx panorámica de MMII – Cenditder	Existe acortamiento del eje funcional del MII en relación con el eje funciona

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad laboral emitido por Seguros de Vida Alfa SA

Transcripción esencial: “02/12/2021 Psiquiatría – Clínica de la Amazonia se considera diagnóstico de episodio depresivo moderado”

Por otra parte, debe indicarse que el trastorno depresivo tuvo impacto en la calificación de pérdida de capacidad laboral del asegurado, como se evidencia a continuación:

TITULO I CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS												
CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	DEFICIENCIA(S)/MOTIVO DE CALIFICACIÓN/CONDICIONES DE SAL									
S723	FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL FEMUR	Común	Fractura supracondilea de femur izquierdo									
M173	OTRAS GONARTROSIS POSTRAUMATICAS	Común	Gonartrosis postraumática izquierda									
M511	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Común	Trastorno de disco lumbar									
S143	TRAUMATISMO DE PLEXO BRAQUIAL	Común	Traumatismo de plexo braquial izquierdo									
F328	OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS	Común	Trstorno depresivo									
No	Descripción	Clase funcional/Valor porcentual							CAT	Dom nan cia	% Total Deficien cia (F.Balthazar sin ponderar)	
		No Tabla	Clase	CFP FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste de Defici encia				Resultado Clase final y Deficien cia
1	Deficiencias de las extremidades superiores por deterioros de	12.12	4		4				4C	60.00	0.0	72.03
2	Deficiencia por trastornos del humor	13.2		1						20.00	0.00	
3	Deficiencia en el movimiento de la rodilla izquierda	14.12		1						7.00	0	
4	Deficiencia de la columna lumbar	15.3	1		1	0			1B	6.00	0.00	
CFP: Clase Factor principal		CFM: Clase Factor Modulador			CFU: Clase Factor único							
Formula : Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP) + (CFM2-CFP) + (CFM3-CFP)												

En el mismo sentido, es importante que la Delegatura tenga en consideración que el señor Torres se encontraba en terapias y con el suministro de medicamentos para el tratamiento de los episodios depresivos, veamos:

02/12/2021	Psiquiatría – Clínica de la Amazonia	Origen: enfermedad común. Paciente quien es auxiliar de enfermería, cuadro que inicia en 2015, presentando limitación en la movilidad y dolor en extremidad de difícil manejo, se considera diagnóstico de episodio depresivo moderado, secuelas físicas postraumáticas, pérdida de la movilidad de miembro superior izquierdo, dolor lumbar, en agosto de 2020 se inicio manejo con sertralina, quetiapina, adecuada respuesta clínica, no adherente al manejo, se brinda psicoeducación, la importancia de adherencia, necesidad de manejo farmacológico, síntomas depresivos mal adaptativos, se realiza contención emocional, manejo antidepresivo, psicología semana, control en un mes. Diagnóstico: episodio depresivo moderado, dolor crónico intratable.
15/12/2021	Rx panorámica de MMII – Cenditder	Existe acortamiento del eje funcional del MII en relación con el eje funciona

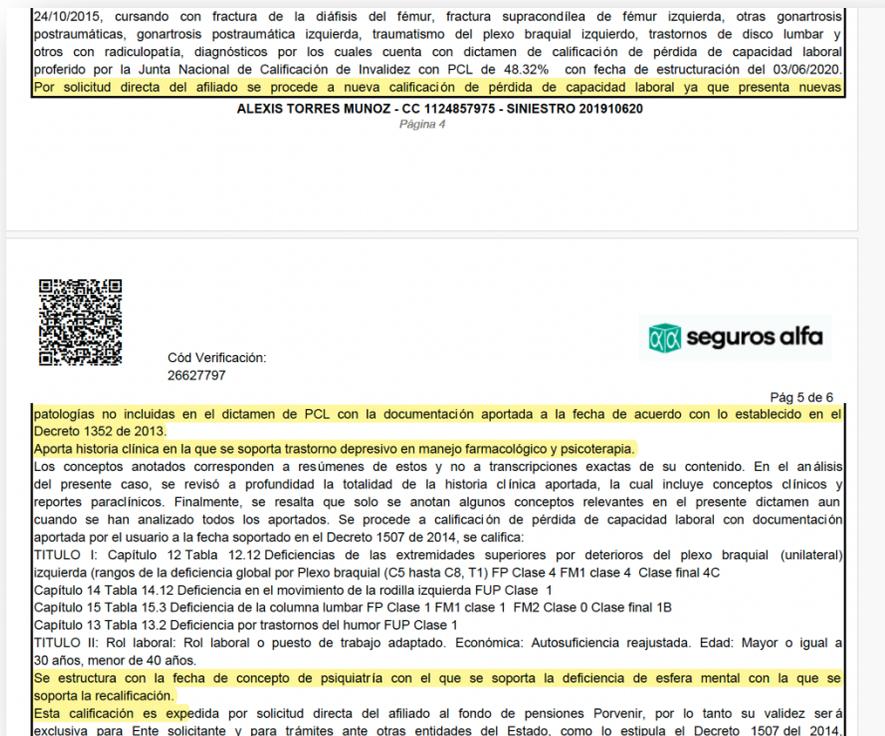
Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad laboral emitido por Seguros de Vida Alfa SA

Transcripción esencial: “02/12/2021 Psiquiatría – Clínica de la Amazonia se diagnóstico de episodio depresivo moderado, secuelas físicas postraumáticas, pérdida de la movilidad de miembro superior izquierdo, dolor lumbar, en agosto de

2020 se inicio **manejo con sertralina, quetiapina**, adecuada respuesta clínica, no adherente al manejo, se brinda psicoeducación, la importancia de adherencia, **necesidad de manejo farmacológico, síntomas depresivos mal adaptativos, se realiza contención emocional, manejo antidepresivo, psicología semana, control en un mes.**

Diagnóstico: episodio depresivo moderado, dolor crónico intratable.” (Subrayado y Negrita fuera de texto)

Finalmente, debe tenerse en consideración que el señor Torres solicitó a Seguros de Vida Alfa calificar su pérdida de capacidad laboral por cuanto previamente había sido calificado pero no se habían tenido en cuenta otras patologías que padecía y conforme se evidencia en el siguiente apartado, el asegurado aportó historia clínica donde se registra el trastorno depresivo con manejo de medicamentos y por ello se soporta la recalificación:



Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad laboral emitido por Seguros de Vida Alfa SA

Transcripción esencial: “Por solicitud directa del afiliado se procede a nueva calificación de pérdida de capacidad laboral ya que presenta nuevas patologías no incluidas en el dictamen de PCL con la documentación aportada a la fecha de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1352 de 2013.

Aporta historia clínica en la que se soporta trastorno depresivo en manejo farmacológico y psicoterapia.

Se estructura con la fecha de concepto de psiquiatría con el que se soporta la deficiencia de esfera mental con la que se soporta la recalificación.”

Así las cosas, es evidente que en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de marzo de 2022, ya padecía del trastorno depresivo desde el año 2021 y sobre el cual se encontraba en terapias y suministro de medicamentos como sertralina, quetiapina. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de estos antecedentes constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que si mi procurada hubiera conocido de la existencia de dicho padecimiento con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma o por lo menos la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual *(i)* el señor Alexis Torres ya contaba con una calificación de invalidez del año 2021, asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias. De hecho, esta Delegatura no podrá pasar por alto que estos episodios de depresión fueron incidentes para que se recalificará al asegurado y fue por ello que el señor Torres solicitó dicha recalificación, por lo que este conocía de estos y los otros padecimientos previamente expuestos y *(ii)* que estas patologías son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que la asegurada omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

“Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.

En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del

riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. *Teoría General del Seguro - El Contrato*, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual. Lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto la asegurada debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

- Declaración diligenciada para la adquisición del seguro vida grupo deudores:

	SI	NO
¿Ha padecido o ha estado en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto a miocardio, enfermedad coronaria, trombos o accidente cerebro vascular, epoc, ¿asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?		X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?		X
<u>¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?</u>		X
<u>¿Sufre alguna incapacidad física o mental?</u>		X
<u>¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?</u>		X

Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:

- Declaración diligenciada para la adquisición del seguro familia vital:

Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovascular (hipertensión arterial, infarto al miocardio) Cerebrovascular (accidente cerebro vascular-trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo- Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, **Osteomusculares, Mentales- Psiquiátricas**, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastorno Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y en **general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexistente a la fecha de la firma de esta solicitud?**

Sí No **Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.**

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el asegurado ya contaba con una calificación de invalidez del año 2021, asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por intervenciones quirúrgicas, incapacidades físicas o mentales, osteomusculares e incluso había un espacio abierto para que informará las enfermedades que no

había sido contempladas en dichos formularios:

- Declaración diligenciada para la adquisición del seguro vida grupo deudores:

¿Tiene medicina prepagada o plan como empleado? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual?			
Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas			
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura	1.78	Peso	80
	mts		Kg
			Natación
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombos o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatia?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			<input checked="" type="checkbox"/>
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			

- Declaración diligenciada para la adquisición del seguro familia vital:

No firme esta solicitud sin leer este texto	
Declaración de asegurabilidad	
Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Rénales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiQUIÁTRICAS, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexistentes a la fecha de la firma de esta solicitud?	
Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.	
Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.	
Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana.	

En síntesis, el señor Torres fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son totalmente relevantes para el asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido que “ya contaba con una calificación de invalidez del año 2021, asimismo padecía de dificultad de movilización de sus miembros por fracturas, intervenciones quirúrgicas e incluso le fue insertado tornillo para la ubicación de sus huesos, por otra parte padecía de una enfermedad degenerativa progresiva la cual es gonartrosis, así como un trastorno de disco lumbar y episodios depresivos, los cuales son tratados con medicamentos y terapias,” con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio

el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia del asegurado. Las vinculaciones del señor Alexis Torres deben declararse nula, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual. Más aun, cuando varias de sus patologías que negó informar faltando así a la verdad, le fueron preguntadas expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

3. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1073 DEL C.CO EN RAZÓN A QUE LA INVALIDEZ INICIÓ A ESTRUCTURARSE CON ANTERIORIDAD A LA SUSCRIPCIÓN DE LOS CONTRATOS DE SEGURO

Por los hechos objeto de litigio no podrán afectarse las pólizas expedida por mi representada. Lo mencionado, puesto que es evidente la falta de cobertura temporal de las mismas, dado que la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 03 de marzo de 2022, es decir, previo al perfeccionamiento de los contratos de seguro. Específicamente, el señor Alexis Torres fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 48,32% en el año 2021, diagnóstico que resulta vital a efectos del seguro, toda vez que el señor Torres conociendo que ya había sido calificado previamente solicitó que se expidieran dos pólizas con el amparo de Incapacidad Total y Permanente sin mencionar que ya había sido calificado previamente. Es decir, el riesgo de IPT ya había empezado a correr desde el año 2021 cuando el mismo no se encontraba en cabeza de mi prohijada y continuó cuando el riesgo ya había empezado a correr por cuenta de BBVA Seguros de Vida Colombia SA y en ese sentido no podrá operar el seguro.

De esta forma, resulta evidente que el riesgo contractualmente amparado por la Aseguradora es aquel que inicie y se consume dentro de la vigencia de la póliza de seguro. En otras palabras, para que sea jurídicamente posible la afectación de la póliza, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya acaecido desde sus inicios dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. Al respecto ha indicado el Consejo de Estado:

“32. Dada la naturaleza de la obligación que contrae el asegurador, resulta de la mayor importancia la determinación del momento exacto a partir del cual aquel asume el riesgo que le es trasladado y así mismo, la hora y el día hasta los cuales va tal asunción, puesto que únicamente estará obligado a ejecutar la prestación a su cargo cuando el riesgo se realice dentro de ese lapso, es decir si el siniestro se presenta dentro de esos límites temporales. Al respecto, el artículo 1073 del C. de Co., relativo a la responsabilidad del asegurador, establece que “Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de

la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.

33. De acuerdo con lo anterior, el legislador sólo concede el derecho a la indemnización a cargo del asegurador, cuando el riesgo se realiza o inicia su realización dentro del periodo amparado por la respectiva póliza. Como lo sostuvo la Sala, “Debe tenerse en cuenta que lo que se exige en el régimen de los contratos de seguros, en cuanto a su vigencia y cobertura, es que el riesgo efectivamente se materialice durante el periodo de vigencia de la póliza, puesto que una cosa es el surgimiento del derecho a obtener la indemnización y otra cosa es el derecho a recibir su pago, el que sí se concreta una vez se hace la reclamación en la forma establecida por la ley”⁴. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia ha indicado que los riesgos dentro de la póliza deben ser determinados temporalmente, en el marco de la autonomía de la voluntad de las partes. De modo que los mismos deberán ser respetados puesto que así lo han pactado las partes en el contrato de seguro.

*“Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordar la determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, **sin límites temporales**, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, **temporal** y **espacialmente**.”⁵ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Frente a este mismo tema, la Corte ha dicho en reiteradas oportunidades que en tratándose de seguros contratados en la modalidad ocurrencia, el hecho dañoso debe indudablemente acontecer durante la vigencia de la póliza. Es decir, que para que nazca obligación condicional del asegurador tendrá que acontecer el hecho dañoso durante la limitación temporal pactada en la póliza, como se lee:

“Por lo dicho, tradicionalmente estos seguros amparan el riesgo de detrimento patrimonial del asegurado, originado en un “hecho externo”, dañoso,

⁴ Consejo de Estado. Sección tercera. Sentencia 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472). Consejera Ponente: Danilo Rojas Betancourth.

⁵ Corte Suprema de Justicia. SC3893 de 2020. Radicación 2015-00826. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

indudablemente. Acontecido durante la vigencia de la póliza (seguro basado en la ocurrencia)”⁶

De lo anterior, es claro que la jurisprudencia ha precisado que es necesario que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la Póliza, para que sea jurídicamente posible la afectación de la misma. Por tanto, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya iniciado y se haya consumado dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. En el mismo sentido, la legislación colombiana estableció en el artículo 1073 del Código de Comercio que, si la ocurrencia del siniestro empieza a consumarse antes de que el asegurador asuma los riesgos, este no responderá por indemnización alguna, así:

“ARTÍCULO 1073. <RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR SEGÚN EL INICIO DEL SINIESTRO>. Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.”

Sumado a ello, también es necesario analizar el artículo 1057 del C.Co, que indica que el asegurador asume el riesgo desde la hora veinticuatro del día que se perfeccione el contrato:

“ARTÍCULO 1057. <TÉRMINO DESDE EL CUAL SE ASUMEN LOS RIESGOS>. En defecto de estipulación o de norma legal, los riesgos principiarán a correr por cuenta del asegurador a la hora veinticuatro del día en que se perfeccione el contrato.”

En concordancia con lo anterior, es importante establecer que para el presente caso, la ocurrencia del siniestro empezó a materializarse con anterioridad a la asunción de riesgos por parte del asegurador, por ende, es inviable afectar la póliza adquirida por el señor Alexis Torres. En efecto, ya había sido calificado en el año 2021 con una pérdida de capacidad laboral del 48,32%, fecha previa al día en el que la Compañía de Seguros asumió los riesgos con el perfeccionamiento del contrato, esto es, el día **03 de marzo de 2023**, para que finalmente se consolidara el siniestro el 11 de septiembre de 2022, cuando se calificó la pérdida de capacidad laboral con un 58,51%.

⁶ Corte Suprema de Justicia. SC5217 de 2019. Radicación 2008-00102. M.P. Luis Alonso Rico Puerta

		separación de pareja, ideas depresivas, de minusvalía, se considera episodio depresivo, se realiza contención emocional, se indica manejo antidepressivo, psicología, control.
05/01/2021	Dictamen de PCL- JNCI	Numero: 1124857975 -936. Primera oportunidad: Seguros de vida alfa. Primera instancia: JRCI Bogotá. Diagnostico: fractura de la diáfisis del fémur, fractura supracondílea de fémur izquierda, otras gonartrosis
ALEXIS TORRES MUNOZ - CC 1124857975 - SINIESTRO 201910620 Página 2		
 		
Cód Verificación: 26627797		
Pág 3 de 6		
		postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda, traumatismo del plexo braquial izquierdo, trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía. Título I: 32.52%. Título II: rola laboral: 11.50%, otras áreas ocupacionales: 4.30%. PCL total: 48.32%. Origen: accidente común. Fecha de estructuración: 03/06/2020 , concepto de ortopedia donde se establece diagnóstico de trastorno de disco lumbar, indica proceso de rehabilitación. Origen: enfermedad común.
02/12/2021	Psiquiatría – Clínica de la Amazonia	Paciente quien es auxiliar de enfermería, cuadro que inicia en 2015, presentando limitación en la movilidad y dolor en extremidad de difícil manejo, se considera diagnóstico de episodio depresivo moderado, secuelas físicas

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad laboral emitido por Seguros de Vida Alfa SA

Transcripción esencial: “ 05/01/2021 Dictamen de PCL – JNCI Numero: 1124857975 -936. Primera oportunidad: Seguros de vida alfa. Primera instancia: JRCI Bogotá. Diagnostico: fractura de la diáfisis del fémur, fractura supracondílea de fémur izquierda, otras gonartrosis postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda, traumatismo del plexo braquial izquierdo, trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía. Título I: 32.52%. Título II: rola laboral: 11.50%, otras áreas ocupacionales: 4.30%. **PCL total: 48.32%. Origen: accidente común. Fecha de estructuración: 03/06/2020**, concepto de ortopedia donde se establece diagnóstico de trastorno de disco lumbar, indica proceso de rehabilitación. Origen: enfermedad común.” (Subrayado y Negrita fuera de texto)

Pues bien, para el caso del señor Alexis Torres, el siniestro se empezó a consumir en el año 2021 con el dictamen en donde se estableció una pérdida de capacidad laboral del 48,32%. Lo cual incide de forma directa en la calificación dictaminada en el año 2022, por lo que es clara la falta de cobertura de la póliza objeto de litigio, puesto que los riesgos fueron asumidos por el asegurador cuando se perfeccionó el contrato de seguro, esto es, el día **03 de marzo de 2022**, fecha posterior al inicio de la consumación del siniestro, año 2021.

En otras palabras, para que los contratos de seguro prestaran cobertura temporal resultaba totalmente necesario que no hubiera una calificación de pérdida de capacidad laboral, la cual se encontraba muy cercana al 50%, pues se dictaminó un 48,32% en el año 2021, por lo que debe establecerse que dicha calificación dio cuenta de la iniciación del siniestro, lo cual aconteció cuando la vigencia de la póliza no había ni si quiera iniciado, pues esta empezó el 03 de marzo de 2022. En ese sentido, es claro que el contrato de seguro por el cual fue vinculada mi representada no presta cobertura temporal para los hechos base del presente litigio.

En conclusión, BBVA Seguros de Vida Colombia SA no podría responder por indemnización alguna, como quiera que es evidente que los hechos por los cuales se discute se encuentran fuera de la cobertura temporal de las pólizas, en tanto el Siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 03 de marzo de 2023, con la calificación de pérdida de capacidad laboral del 48,32% en el año 2021. Es decir, previo a la asunción del riesgo por parte del asegurador el cual ocurre con el perfeccionamiento del contrato de seguro, por lo que en aplicación del artículo 1073 del Código de Comercio, el contrato de seguro no presta cobertura desde su delimitación temporal. En consecuencia, no resulta procedente exigir prestación alguna respecto de mi prohijada, por lo cual debe proceder el Despacho a desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización con cargo a las pólizas de seguro.

4. FALTA DE ACREDITACIÓN DE LA OCURRENCIA DE SINIESTRO

No existe obligación indemnizatoria a cargo de la Compañía Aseguradora respecto de las pólizas objeto de litigio, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en estas, esto es, el fallecimiento del asegurado o la incapacidad total y permanente calificada por institución autorizada conforme. Lo anterior en concordancia con las condiciones generales y particulares de las pólizas en cuestión.

Para efectos de fundamentar lo anteriormente mencionado, es importante traer al presente escrito lo preceptuado en el artículo 1072 del Código de Comercio, pues en este se define como siniestro:

“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.” (Subrayado fuera del texto original)

Por otra parte, la Corte Constitucional⁷ se ha pronunciado acerca del artículo citado en los siguientes términos:

“En la generalidad de los contratos de seguros, la obligación contraída por el asegurador de pagar al asegurado o al beneficiario, según el caso, la prestación acordada, está sometida al cumplimiento de una condición suspensiva, cual es la ocurrencia del siniestro. De conformidad con el artículo 1072 del Código de Comercio, siniestro es la realización del riesgo asegurado. El riesgo es definido en el artículo 1054 como el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del

⁷ Sentencia de la Corte Constitucional T-720 de 2013 del 17 de noviembre de 2013 Mp. Gabriel Eduardo Mendoza.

*beneficiario y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.”
(Subrayado y Negrita fuera de texto)*

Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto, como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, la parte demandante no ha acreditado la realización del riesgo, pues, no aportó Dictamen de pérdida de capacidad laboral superior al 50% y que esta sea emitida por ARL, EPS, AFP del Asegurado, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez. Así como tampoco se observa registro civil de defunción, por lo que, no estando demostrada ninguno de los presupuestos en mención, no podrá en ninguna circunstancia afectarse las pólizas en cuestión y surgir obligación alguna a cargo de mi prohijada. Dicho de otra manera, toda vez que no se realizó el riesgo asegurado, no se cumplió con la condición suspensiva necesaria para que surgiera la obligación indemnizatoria en cabeza de BBVA Seguros de Vida Colombia SA.

En conclusión, al tenor del artículo 1072 del Código de Comercio no ha surgido la obligación condicional a cargo de BBVA Seguros de Vida Colombia SA, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado, puesto que la parte actora no aportó dictamen de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitido por las entidades autorizadas ni tampoco registro civil de defunción, lo que indica que, el señor Torres no acreditado su estado de invalidez o fallecimiento, por lo que no podrá surgir obligación a cargo de mi prohijada y de esta forma será improcedente afectarse los amparos de las pólizas.

5. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del C.Co señala, sin lugar a una interpretación diferente, que

el asegurado debe cumplir con la carga de ubérrima buena fe y lealtad, y así informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo trasladado, so pena que se dé aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del C.Co. Al respecto, el artículo 1158 del Código de Comercio indica lo siguiente:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, en una reciente providencia, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁸.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer

⁸ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales⁹. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer¹⁰”. (Subrayado fuera del texto original)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso:

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹¹

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹², en donde estableció lo siguiente:

⁹ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹⁰ Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

¹¹ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerezo Pérez.

¹² Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

“De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

(...)

Ahora bien, no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.”
(Subrayado fuera del texto original)

Ahora bien, no sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer:

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...”¹³ (subrayado fuera del texto

¹³ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

original).

Ahora, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del C.Co., explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. (Subrayado fuera del texto original)

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza

de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aun, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

6. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Resulta fundamental confirmarle a la H. Superintendencia Financiera que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

Al respecto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido muy clara al explicar lo siguiente:

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como

consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”.¹⁴ (negrilla y subrayas fuera del texto)”.

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez 17, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».”

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender, que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

*toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**". (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

7. BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO.

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que la honorable Superintendencia Financiera de Colombia tenga en cuenta que en el presente

caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

“ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”.

En conclusión, dado que el señor Alexis Torres fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción

8. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece provisiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo.

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la **ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...))**, al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”¹⁵ (Subrayado fuera del texto original)*

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

¹⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

9. PRESCRIPCIÓN Y/O CADUCIDAD: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011

La Ley 1480 de 2011, específicamente en su artículo 58, fijó el procedimiento que debe seguir ésta Superintendencia, cuando en cumplimiento de sus facultades jurisdiccionales, deba tramitar y resolver una Acción de Protección al Consumidor Financiero. En el numeral tercero del nombrado artículo 58, el legislador consagró que los consumidores financieros tendrán un año contado a partir de la terminación de la relación contractual, para interponer la referida acción so pena que opere el fenómeno de la caducidad y/o prescripción. El tenor literal de la norma nombrada señala lo siguiente:

“ARTÍCULO 58. PROCEDIMIENTO. Los procesos que versen sobre violación a los derechos de los consumidores establecidos en normas generales o especiales en todos los sectores de la economía, a excepción de la responsabilidad por producto defectuoso y de las acciones de grupo o las populares, se tramitarán por el procedimiento verbal sumario, con observancia de las siguientes reglas especiales:

(...)

*Las demandas para efectividad de garantía, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a la expiración de la garantía y **las controversias netamente contractuales, a más tardar dentro del año siguiente a la terminación del contrato**. En los demás casos, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a que el consumidor tenga conocimiento de los hechos que motivaron la reclamación. En cualquier caso deberá aportarse prueba de que la reclamación fue efectuada durante la vigencia de la garantía.”*
(Subrayado fuera del texto original)

En el caso concreto, en el evento en el que el Despacho encuentre probado que la Acción de Protección al consumidor financiero se interpuso con posterioridad al año siguiente a la terminación del contrato, indefectiblemente deberá darle aplicación al artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, decretando así la prescripción y/o caducidad de la acción, y en este sentido, deberá desestimar la totalidad de las pretensiones de la Accionante.

10. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C.Co.)

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

- Seguro de Vida Grupo Deudores instrumentalizado en la póliza número 02 236 0000007161 que garantizaba la obligación número 0013-0598-02-9600324242

3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor.

Documento: Clausulado Seguro de Vida Grupo Deudores

Transcripción esencial: “Se considera como tomados al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda”

- Seguro Familia Vital instrumentalizado en la póliza número 00130598052292330051

AMPAROS		VALOR ASEGURADO	
VIDA BÁSICO		\$30.000.000	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN E INUTILIZACIÓN		\$30.000.000	
ENFERMEDADES GRAVES (PAGO ANTICIPADO)		\$15.000.000	
ASISTENCIA MÉDICA INTEGRAL		INCLUIDO	
Modo de Pago: CUENTA AHORROS	Prima Anual: \$314,400	Prima Periódica: \$26,200	
BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO			
NOMBRES COMPLETOS		PARENTESCO	% PARTICIPACION
MARIA EDITH MUNOZ LOZADA		PADRES	25

Así las cosas, es evidente que, en el remoto e hipotético caso en el que se condene a mi representada por las pólizas expedidas, el amparo a afectar es el de Incapacidad Total y Permanente, cuya suma asegurada será el saldo insoluto de la obligación.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

2. EN CUALQUIER CASO, FRENTE A LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha del fallecimiento.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

3. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA.

En este punto es preciso resaltarle al despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, ostenta la naturaleza de asegurada en la póliza. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

(...) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.¹⁶ (...)

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó el crédito. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.¹⁷ (...)

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación 0013-0598-02-9600324242. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es el Banco BBVA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mí representada. Situación que debe ser tenida en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

¹⁶ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

¹⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

1. DOCUMENTALES

- 1.1 Seguro Familia Vital instrumentalizado en la póliza número 00130598052292330051 vigente desde el día 03 de marzo de 2022 y el día 03 de marzo de 2023
- 1.2 Declaración de asegurabilidad diligenciado para la adquisición de la póliza familia vital
- 1.3 Objeción expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia SA el día 09 de octubre de 2022
- 1.4 Objeción expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia SA el día 11 de diciembre de 2022
- 1.5 Objeción expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia SA el día 11 de septiembre de 2023
- 1.6 Historia Clínica emitida por el Hospital José María Hernández Sede Mocoa

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1 Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor Alexis Torres en su calidad de Accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor Torres podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1 Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza Vida Grupo Deudores.

4. TESTIMONIALES

- 4.1 Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor Alexis Torres. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor Torres, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

4.2 Solicito se sirva citar a la doctora **ANA MARÍA BARÓN MENDOZA** asesor externo de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de las Pólizas de Seguro.

Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de las Pólizas, sus exclusiones y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio, además que también podrá deponer acerca de las tratativas preliminares al perfeccionamiento de la póliza. La Doctora podrá ser citado en la Calle 107ª #7-61 Apto 601 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico anamariabaronmendoza@gmail.com.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

5.1 Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL ACCIONANTE** para que exhiba su Historia Clínica, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2022, copia del Dictamen de pérdida de capacidad laboral del 5 de enero de 2021 elaborado por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y la solicitud elevada por el demandante para el trámite de calificación de pérdida de capacidad laboral en el año 2021 en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar los antecedentes que el señor Torres sufrió en años anteriores y al momento de formalizar las Pólizas; y así mostrar nulidad relativa del contrato de seguro por la omisión de sus padecimientos. Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Alexis Torres inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del año 2021. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente. Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, ya que aquellos corresponden a las atenciones médicas que él ha recibido de manera personal, así como también fue él quien elevó la solicitud de practica de junta médica en el año 2021.

5.2 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **SEGUROS DE VIDA ALFA SA**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos: (i) Dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Torres en el año 2022 (ii) Historia Clínica que fue base para emitir el Dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Torres en el año 2022 (iii) Solicitud elevada por el señor Torres para el trámite de calificación del año 2022 (iv) Que se informe la fecha en que el señor Torres empezó los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos, evidenciar los antecedentes patológicos que el señor Alexis Torres sufrió en años anteriores al momento de formalización de la póliza; y así mostrar la nulidad relativa del contrato por la omisión de dichas patologías. Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Torres inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del año 2022. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de Seguros de Vida Alfa SA como quiera es esta la entidad que conoce la información de salud del señor Torres y es quien tiene acceso a los documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica y dictámenes que han calificado al asegurado

Seguros de Vida Alfa SA puede ser notificada a través del correo electrónico servicioalcliente@segurosalfa.com.co

5.3 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos: (i) Dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor

Torres en el año 2021 (ii) Historia Clínica que fue base para emitir el Dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Torres en el año 2021 (iii) Solicitud elevada por el señor Torres para el trámite de calificación del año 2021 (iv) Que se informe la fecha en que el señor Torres empezó los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos, evidenciar los antecedentes patológicos que el señor Alexis Torres sufrió en años anteriores al momento de formalización de la póliza; y así mostrar la nulidad relativa del contrato por la omisión de dichas patologías. Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Torres inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del año 2021. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez como quiera es esta la entidad que calificó en el 2021 al señor Torres es quien tiene acceso a los documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica y dictámenes que han calificado al asegurado previo a la fecha de inclusión de los seguros

La Junta Nacional de Calificación de Invalidez puede ser notificada a través del correo electrónico servicioalusuario@juntanacional.com

5.4 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **LA NUEVA EPS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica desde el año 2000 al año 2022.

El propósito de la exhibición de estos documentos, evidenciar los antecedentes patológicos que el señor Alexis Torres sufrió en años anteriores al momento de formalización de la póliza; y así mostrar la nulidad relativa del contrato por la omisión de dichas patologías. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la NUEVA EPS como quiera es esta la entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliado el señor Torres conforme a lo registrado en el Dictamen emitido por Seguros de vida Alfa SA y en la página del ADRES y es quien tiene acceso a los documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica.

La Nueva EPS puede ser notificada a través del correo electrónico

5.5 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNANDEZ**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica desde el año 2000 al año 2022.

El propósito de la exhibición de estos documentos, evidenciar los antecedentes patológicos que el señor Alexis Torres sufrió en años anteriores al momento de formalización de la póliza; y así mostrar la nulidad relativa del contrato por la omisión de dichas patologías. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del hospital como quiera que fue la IPS que le prestó la atención en salud conforme a lo aportado con este escrito contestorio y es quien tiene acceso a los documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica.

La Nueva EPS puede ser notificada a través del correo electrónico ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co

5.6 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **MEDIMAS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica desde el año 2000 al año 2022.

El propósito de la exhibición de estos documentos, evidenciar los antecedentes patológicos que el señor Alexis Torres sufrió en años anteriores al momento de formalización de la póliza; y así mostrar la nulidad relativa del contrato por la omisión de dichas patologías. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la MEDIMAS como quiera que es esta la entidad promotora de salud que emitió concepto de rehabilitación conforme a lo registrado en el Dictamen emitido por Seguros de vida Alfa SA el día 10 de septiembre de 2019 y es quien tiene acceso a los documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica.

Medimas puede ser notificada a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@medimas.com.co

6. OFICIOS

5.1 Comedidamente ruego se oficie a **SEGUROS DE VIDA ALFA SA** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos: (i) Dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Torres en el año 2022 (ii) Historia Clínica que fue base para emitir el Dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Torres en el año 2022 (iii) Solicitud elevada por el señor Torres para el trámite de calificación del año 2022 (iv) Que se informe la fecha en que el señor Torres empezó los trámites de calificación. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos, evidenciar los antecedentes patológicos que el señor Alexis Torres sufrió en años anteriores al momento de formalización de la póliza; y así mostrar la nulidad relativa del contrato por la omisión de dichas patologías. Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Torres inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del año 2022. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de Seguros de Vida Alfa SA como quiera es esta la entidad que conoce la información de salud del señor Torres y es quien tiene acceso a los documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica y dictámenes que han calificado al asegurado

Seguros de Vida Alfa SA puede ser notificada a través del correo electrónico servicioalcliente@segurosalfa.com.co

5.2 Comedidamente ruego se oficie a **LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos: (i) Dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Torres en el año 2021 (ii) Historia Clínica que fue base para emitir el Dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Torres en el año 2021 (iii) Solicitud elevada por el señor Torres para el trámite de calificación del año 2021 (iv) Que se informe la fecha en que el señor Torres empezó los trámites de calificación. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral

10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos, evidenciar los antecedentes patológicos que el señor Alexis Torres sufrió en años anteriores al momento de formalización de la póliza; y así mostrar la nulidad relativa del contrato por la omisión de dichas patologías. Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Torres inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del año 2021. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez como quiera es esta la entidad que calificó en el 2021 al señor Torres es quien tiene acceso a los documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica y dictámenes que han calificado al asegurado previo a la fecha de inclusión de los seguros

La Junta Nacional de Calificación de Invalidez puede ser notificada a través del correo electrónico servicioalusuario@juntanacional.com

5.3 Comedidamente ruego se oficie a **LA NUEVA EPS**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica desde el año 2000 al año 2022. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos, evidenciar los antecedentes patológicos que el señor Alexis Torres sufrió en años anteriores al momento de formalización de la póliza; y así mostrar la nulidad relativa del contrato por la omisión de dichas patologías. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la NUEVA EPS como quiera es esta la entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliado el señor Torres conforme a lo registrado en el Dictamen emitido por Seguros de vida Alfa SA y en la página del ADRES y es quien tiene acceso a los documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica.

La Nueva EPS puede ser notificada a través del correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co

5.4 Comedidamente de oficio al **HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNANDEZ**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica desde el año 2000 al año 2022. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos, evidenciar los antecedentes patológicos que el señor Alexis Torres sufrió en años anteriores al momento de formalización de la póliza; y así mostrar la nulidad relativa del contrato por la omisión de dichas patologías. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del hospital como quiera que fue la IPS que le prestó la atención en salud conforme a lo aportado con este escrito contestorio y es quien tiene acceso a los documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica.

La Nueva EPS puede ser notificada a través del correo electrónico ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co

5.5 Comedidamente ruego se oficie a **MEDIMAS**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica desde el año 2000 al año 2022. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos, evidenciar los antecedentes patológicos que el señor Alexis Torres sufrió en años anteriores al momento de formalización de la póliza; y así mostrar la nulidad relativa del contrato por la omisión de dichas patologías. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la MEDIMAS como quiera que esta es la entidad promotora de salud que emitió concepto de rehabilitación conforme a lo registrado en el Dictamen emitido por Seguros de vida Alfa SA el día 10 de septiembre de 2019 y es quien tiene acceso a los documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica.

Medimas puede ser notificada a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@medimas.com.co

7. DICTAMEN PERICIAL

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA las patologías del señor ALEXIS TORRES se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar la asegurada eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad la Asegurada. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: “*Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días*”. Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica de la asegurada. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

CAPÍTULO VI

ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder conferido al suscrito
3. Certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

CAPÍTULO VII

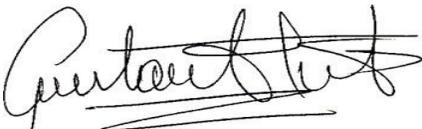
NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar en la demanda.

Mi representada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, recibirá notificaciones en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C., correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

Al suscrito en la Carrera calle 69 N° 4-48 oficina 502, Edificio 69 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del señor Juez. Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

FAMILIA VITAL V2 NO. 00130598052292330051

Emisión Original

Lugar y Fecha: MOCOA 03/03/2022		Sucursal: MOCOA	
Tomador: ALEXIS TORRES MUNOZ		C.C. o NIT: 1.124.857.975	
Dirección: CLL 25 32 01		Ciudad: MOCOA	
Asegurado: ALEXIS TORRES MUNOZ		Teléfono: 3127194556	
Dirección: CLL 25 32 01		C.C. o NIT: 1.124.857.975	
Dirección: CLL 25 32 01		Ciudad: MOCOA	
Departamento: PUTUMAYO		Email: ALEXIS-TORRES31@HOTMAIL.COM	
Fecha de Nacimiento: 12/06/1992		Genero: MASCULINO	
		Edad: 30	
Valor Asegurado: \$30.000.000		Vigencia Desde: 03/03/2022	
		DD/MM/AAAA Hasta: 03/03/2023	
		DD/MM/AAAA A las 24:00 Horas:	
		No. Días: 365	
Periodicidad de Pago: MENSUAL			

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
VIDA BÁSICO	\$30.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN E INUTILIZACIÓN	\$30.000.000
ENFERMEDADES GRAVES (PAGO ANTICIPADO)	\$15.000.000
ASISTENCIA MÉDICA INTEGRAL	INCLUIDO
Modo de Pago: CUENTA AHORROS	Prima Anual: \$314,400
	Prima Periódica: \$26,200

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO		
NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	% PARTICIPACION
MARIA EDITH MUNOZ LOZADA	PADRES	25
JOSE IGNACIO TORRES TRUJILLO	PADRES	25
SEBASTIAN ALEXANDER TORRES BUESAQUILLO	HIJOS	50

Nombre de Gestor: YURY ANDREA MEZA ESTRELLA	Código: C341758
--	------------------------

CLAUSULAS

Artículo 1068 del Código de Comercio-Terminación Automática del Contrato de Seguros " La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión del la expedición del contrato".

SOLICITO A BBVA SEGUROS RENOVAR AUTOMÁTICAMENTE A SU VENCIMIENTO, LA PRESENTE PÓLIZA, SALVO QUE MEDIE INSTRUCCIÓN EXPRESA EN CONTRARIO

FIRMA TOMADOR



FIRMA AUTORIZADA
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT.800.240.882-0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 9 N° 72 21 Piso 8 Teléfono 2191100
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 3078080
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.
Este es un producto de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, comercializado a través del Uso de la Red del Banco BBVA Colombia S.A.

BBVA

Seguros

SEGURO FAMILIA VITAL



M026300110257705984002415915

SEGURO FAMILIA VITAL INDIVIDUAL

NOTA: La presente solicitud de seguro debe estar acompañada de los documentos y recibos por concepto de las cotizaciones, préstamos ni emendaduras.

Fecha de Solicitud 2022-03-03	Sucursal Bancaria Mocca	Ciudad Mocca
Tomador: Alexis Torres Muñoz		C.C. o NIT: 1124857975
Dirección: Ul el Paraiso	Ciudad Mocca	Teléfono: 3174425109
Asegurado: Alexis Torres Muñoz	Ciudad Mocca	C.C. o NIT: 1124857975
Dirección: Ul el Paraiso	Ciudad	Teléfono: 3174425109
Profesión: Auxiliar de Cartera	Género F	Fecha de Nacimiento: 02/06/12
Correo Electrónico: Alexis-torres31@hotmail.com	Edad: 29	Valor Asegurado Vida: \$ 30.000.000

Amparos		Valor Asegurado
Vida Básico	Incapacidad Total y Permanente, Desmembración e Inutilización	100% del Amparo de Vida
Enfermedades Graves	Asistencia Médica Domiciliaria	100% del Amparo de Vida
Periodicidad pago prima: Mensual <input checked="" type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	Prima anual \$ 314.400	Incluido
Nombre Asesor: Andrea Meza	Prima periódica \$ 26.200	Código Asesor C3U1758

Beneficiarios del Asegurado	Nombres completos	Parentesco	% Participación
	Sebastian Alexander Torres Buesagill	Hijo	50%
	Maria Edith Muñoz Obada	Madre	25%
	Jose Ignacio Torres Frustillo	Papa	25%

Información sobre reclamación en Seguros (Conocimiento del Cliente)

¿Ha presentado reclamación o ha recibido indemnización en seguros en los últimos dos años? - Si No

Año	Ramio	Compañía	Valor	Reclamación	Indemnización
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaración de asegurabilidad

Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Rénales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiquiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de esta solicitud?

Si No Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consagrada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Autorizo a BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros o Tarjeta de Crédito No. **598-255131** o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.

Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. renovar automáticamente a su vencimiento la presente póliza: Si No

Edad mínima de Ingreso: 18 años. Edad máxima de Ingreso: Un día antes de cumplir 65 años. Permanencia: Hasta un día antes de cumplir 70 años.

Para las Coberturas de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración e Inutilización y Enfermedades Graves, la Edad máxima de Ingreso y Permanencia será hasta un día antes de cumplir 65 años.

Firma del Solicitante

El cláusulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las paginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personalmente y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

Como constancia se aprueba / firma en la ciudad de **Mocca** el **03** del mes de **Marzo** de **2022**

Firma del Solicitante

Firma Autorizada

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carreña 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 2191100

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 3078080

Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbva@bbva.com.co

Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA, No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Este es un producto de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. comercializado a través del Uso de la Red del Banco BBVA Colombia S.A.

Bogotá., 9 de octubre de 2022

Señor(a)

Alexis Torres Muñoz

alexis-torres31@hotmail.com

Referencia	Tomador	BBVA COLOMBIA S.A.
	Asegurado	ALEXIS TORRES MUÑOZ
	Cedula	1124857975
	Póliza	VGDB-213/VINB-330051
	Siniestro No.	VGDB-27157/VINB-936
	Obligación	00130598009600324242
	Certificado	FAMILIA VITAL V2 NO. 00130598052292330051

En atención a su solicitud de reclamación relativa el amparo de Incapacidad Total y permanente, de acuerdo a Dictamen de Seguros de Vida Alfa de fecha de emisión 11/09/2022 el cual le otorgo una Pérdida de Capacidad Laboral de 52.51%, del asegurado en referencia, nos permitimos informar que no es procedente atender favorablemente su requerimiento y manifestarle las siguientes precisiones en lo que tiene que ver con la extinción de la deuda

De acuerdo con Dictamen de Seguros de Vida Alfa, encontramos que el asegurado en referencia registra antecedentes patológicos los cuales omitió declarar e informar debidamente su condición de salud y para lo cual no informo que tenía antecedentes donde el asegurado sufre accidente de tránsito de fecha 24/10/2015 el cual le ocasiono una limitación en la movilidad y dolor de difícil manejo, síntomas que han empeorado en los 6 meses y una serie de secuelas como lo son fractura de la diáfisis del fémur, fractura supracondilea de fémur izquierda, otras gonartrosis postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda, traumatismo del plexo braquial izquierdo, trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía, el 20/09/2019 le diagnosticaron trastorno de plexo braquial, fractura de la epífisis inferior del fémur, además registra dolor lumbar irradiado a Mil, con parestesias, secuela de lesión de plexo braquial izquierdo con reconstrucción en 2 ocasiones, antecedente de fractura supracondilea de fémur izquierdo, al examen físico miembro superior izquierdo paretica, marcha con cojera a expensas del lado izquierdo, dolor a la digito presión a nivel de L4-L5 L5S1 ligero espasmo paravertebral, la segué negative, acortamiento de Mil con deformidad en varo de rodilla izquierda con movilidad de 0-90°, diagnostico: trastorno de disco lumbar, así mismo, el 19/08/2020 registra episodio depresivo, le realizaron contención emocional y le indicaron manejo antidepresivo, psicología y control, estos antecedentes son hechos relevantes que no fueron declarados, por lo que motivan la objeción al pago del respectivo seguro.

En la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas.

Nuestra legislación atribuye vital importancia con fundamento en el principio de máxima buena fe, a la carga contractual del tomador dentro del contrato de seguro, su obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, so pena de que el asegurador se vea precisado a objetar el pago de un seguro por la reticencia o el dolo negativo producida por la omisión de información.

Es importante recordarle que la objeción no se fundamenta en que las enfermedades o padecimientos causantes de la reclamación tengan relación directa con las enfermedades padecidas y no declaradas por el asegurado al momento de tomar el seguro, sino porque de acuerdo con el Principio de la Buena fe contractual y en aplicación del Artículo 1058 del Código de Comercio, el asegurado está obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaban su estado del riesgo, según el cuestionario que le fue propuesto por el asegurador, hecho que no fue atendido correctamente al obviar mencionar la enfermedad citada anteriormente; la que por su connotación tenía que ser de conocimiento para la aseguradora, para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

De otra parte con independencia de que la incapacidad haya sido por un hecho diferente a la enfermedad conocida y no declarada, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058 del Código de Comercio.

Las anteriores circunstancias llevaron a la Compañía Aseguradora a declinar el pago del seguro de vida deudores por reticencia, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, de acuerdo a lo anterior BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Firma Autorizada
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ARB



Seguros

Bogotá., 11 de diciembre de 2022

Señor(a)

Brayan Stiven Garzon Ortiz

Alexis Torres Muñoz

brayans.garzono@utadeo.edu.co

alexis-torres31@hotmail.com

Referencia	Tomador	BBVA COLOMBIA S.A.
	ASEGURADO	ALEXIS TORRES MUÑOZ
	Cedula	1124857975
	Póliza	VGDB-213/VINB-330051
	Siniestro No.	VGDB-27157/VINB-936
	Obligación	00130598009600324242
	Certificado	FAMILIA VITAL V2 NO. 00130598052292330051

Respetado Señor(a):

En atención a su solicitud de reclamación relativa el amparo de Incapacidad Total y permanente, de acuerdo a Dictamen de Seguros de Vida Alfa de fecha de emisión 11/09/2022 el cual le otorgo una Pérdida de Capacidad Laboral de 52.51%, del asegurado en referencia, nos permitimos manifestarle las siguientes precisiones:

De acuerdo con Dictamen de Seguros de Vida Alfa, encontramos que el asegurado en referencia registra antecedentes patológicos los cuales omitió declarar e informar debidamente su condición de salud y para lo cual no informo que tenía antecedentes donde el asegurado sufre accidente de tránsito de fecha 24/10/2015 el cual le ocasiono una limitación en la movilidad y dolor de difícil manejo, síntomas que han empeorado en los 6 meses y una serie de secuelas como lo son fractura de la diáfisis del fémur, fractura supracondilea de fémur izquierda, otras gonartrosis postraumáticas, gonartrosis postraumática izquierda, traumatismo del plexo braquial izquierdo, trastornos de disco lumbar y otros con radiculopatía, el 20/09/2019 le diagnosticaron trastorno de plexo braquial, fractura de la epífisis inferior del fémur, además registra dolor lumbar irradiado a Mil, con parestesias, secuela de lesión de plexo braquial izquierdo con reconstrucción en 2ocasiones, antecedente de fractura supracondilea de fémur izquierdo, al examen físico miembro superior izquierdo paretica, marcha con cojera a expensas del lado izquierdo, dolor a la digito presión a nivel de L4-L5 L5S1 ligero espasmo paravertebral, la segué negative, acortamiento de Mil con deformidad en varo de rodilla izquierda con movilidad de 0-90°, diagnostico: trastorno de disco lumbar, así mismo, el 19/08/2020 registra episodio depresivo, le realizaron contención emocional y le indicaron manejo antidepresivo, psicología y control, estos antecedentes son hechos relevantes que no fueron declarados, por lo que motivan la objeción al pago del respectivo seguro. Nuestra legislación atribuye vital importancia con fundamento en el principio de máxima buena fe, a la carga contractual del tomador dentro del contrato de seguro, su obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, so pena de que el asegurador se vea precisado a objetar el pago de un seguro por la reticencia o el dolo negativo producida por la omisión de información.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador.

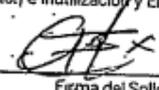
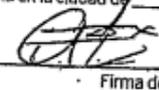
La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

En efecto, la Aseguradora, en virtud del principio de máxima buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que el señor Alexis Torres Muñoz, haya obrado de mala fe o haya faltado la verdad cuando diligenció el cuestionario, sino que confió en que las respuestas consignadas en el mismo eran del todo ciertas. Si posteriormente se determinó que el asegurado, conociendo un hecho importante relativo a su salud no lo declaró, se configuró la reticencia que da lugar a la objeción del pago del seguro.

En cuanto a sus manifestaciones relacionadas con los asesores comerciales que ofrecieron información sobre la póliza, al señor Alexis Torres Muñoz le indicamos que dicha asesoría se realiza en virtud del convenio entre esta aseguradora y el banco BBVA COLOMBIA S.A., donde nosotros aseguradora realizamos capacitaciones periódicas a la fuerza comercial del banco. Sin perjuicio de lo anterior, nótese que claramente en las declaraciones de asegurabilidad existe este aparte, veamos:

- Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable.
- Expresamente declaro que todas las respuesta aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión inexactitud y reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.
- En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas aun con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formara parte del contrato de seguro que aquí se solicita si este llegare a celebrarse.
- Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos incluyendo el estado real de mi salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (perdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

Declaración de Asegurabilidad No. Familia Vital

No firme esta solicitud sin leer este texto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaración de asegurabilidad			
<p>Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV-Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Ríeños, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiquiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de esta solicitud.</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.</p>			
<p>Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.</p> <p>Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consagrada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.</p> <p>Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".</p> <p>En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.</p> <p>Autorizo al BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros o Tarjeta de Crédito No. <u>598-255131</u> o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.</p> <p>Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. renovar automáticamente a su vencimiento la presente póliza: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Edad mínima de Ingreso: 18 años. Edad máxima de Ingreso: Un día antes de cumplir 65 años. Permanencia: Hasta un día antes de cumplir 70 años.</p> <p>Para las Coberturas de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración e Inutilización y Enfermedades Graves, la Edad máxima de Ingreso y Permanencia será hasta un día antes de cumplir 65 años.</p>			
 Firma del Solicitante		El cláusulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las paginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co	
<p>Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencie personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.</p>			
Como constancia se aprueba / firma en la ciudad de <u>Mocón</u> el <u>03</u> del mes de <u>Marzo</u> de <u>2022</u>			
 Firma del Solicitante		 Firma Autorizada	
Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 2191100 Línea de Atención y Servicio al Cliente; Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 3078080 Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensgrta.bbva.com Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA, No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.			
Este es un producto de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. comercializado a través del Uso de la Red del Banco BBVA Colombia S.A.			

De lo anterior claramente, se evidencia que el señor Alexis Torres Muñoz, certificó que recibió información clara y completa sobre el producto, en tal sentido, la parte reclamante no puede subrogar errores propios a esta compañía. El anterior documento fue suscrito con su firma y huella de una persona que conoció y asintió a información de manera libre, voluntaria e informada.

Tenga presente que el diligenciamiento de la solicitud y declaración de asegurabilidad es una responsabilidad únicamente del cliente y la misma no debe recaer sobre un funcionario. Por otra parte, no cabe duda, que la firma de la solicitud del seguro avala que el aspirante asegurado haya consentido en su contenido y las manifestaciones en ella incorporada.

Las anteriores circunstancias llevaron a la Compañía Aseguradora a declinar el pago del seguro de vida deudores por reticencia, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, de acuerdo a lo anterior BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., mantiene la objeción del 09 de octubre de 2022, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by a series of loops and a horizontal line extending to the right.

Firma Autorizada
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ARB

Bogotá , 11 de septiembre de 2023

Señor
Alexis Torres Muñoz
alexis-torres31@hotmaill.com

REF.	PÓLIZA AFECTADO RECLAMO	FAMILIA VITAL ALEXIS TORRES MUÑOZ cc 1124857975 VINB-936
------	-------------------------------	--

Respetado(a) Señor(a):

Reciba un cordial saludo,

En atención a su comunicación radicada en anteriores, le informamos que después de realizar un nuevo análisis de la reclamación presentada, afectando el amparo de incapacidad total y permanente, nos permitimos referirnos a las pretensiones consignadas en su solicitud y que son del resorte de esta Compañía Aseguradora:

Nuestra legislación atribuye vital importancia con fundamento en el principio de máxima buena fe, a la carga contractual del tomador o asegurado dentro del contrato de seguro, donde el deber principal en la etapa precontractual consiste en declarar sinceramente el estado del riesgo, so pena de que el asegurador se vea precisado a objetar el pago de un seguro por la reticencia o el dolo negativo producida por la omisión de información.

La figura jurídica que obró en el presente caso es la reticencia y la inexactitud. Es por lo tanto, el artículo 1058 del Código de Comercio el fundamento jurídico que da base a esta exigencia, el cual reza: "El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubiesen retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Al ser la institución del seguro un contrato con fundamento en la buena fe, el asegurador dirige una declaración que debe ser diligenciada por el tomador del seguro con el mayor escrúpulo intelectual y moral, y así lo plasma el artículo 1058 del Código de Comercio, norma que tiene el carácter de imperativo que trata el régimen especial de los vicios del consentimiento en el contrato de seguro, adicionales al error, la fuerza y el dolo referidos por los artículo 1502, 1508 y 1604 del Código Civil y el artículo 900 del Código de Comercio.

Existiendo este formulario, no puede sustraerse el tomador del seguro o el asegurado de su obligación de suministrar los elementos de juicio necesarios para que el asegurador determine si acepta o no, y en qué condiciones asume el riesgo que se pretende trasladar con el contrato de seguro, que de diligenciarse con presencia de dolo negativo, sería determinante para la integridad del contrato, fuente de derechos y obligaciones.

Para el caso que nos ocupa, el asegurado de referencia suscribió libre y voluntariamente el seguro de vida familia vital , que inició vigencia el 03 de marzo de 2022 en el cual el asegurado omitió declarar e informar debidamente su condición de salud.

Adicionalmente en la solicitud de Asegurabilidad se menciona textualmente “Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que en cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio”, a la cual el asegurado en asunto firmó en señal de aceptación.

Basados en los motivos expuestos y al incurrir en la reticencia que produce la nulidad relativa del seguro, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dentro del término legal se permite ratificar la objeción emitida respecto al reclamo en referencia.

Cordial saludo,

Datos de contacto Defensor del Consumidor Financiero BBVA Seguros Colombia:

Dirección de correspondencia: Carrera 9 No. 72 - 21, piso 6, Bogotá, D.C.

Mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co

Teléfono: 601 343 8385 - Fax: 601 343 8387

Cordialmente,



ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ SEDE MOCOCA
 CALLE 14 NO 7 - 26 AVENIDA SAN FRANCISCO - Tel:4296056
 Nit. 891200679-1
 HISTORIA ELECTRONICA
 Desde: 18 de Abril de 2023 Hasta 07 de Septiembre de 2023
 CC 1124857975 - ALEXIS TORRES MUÑOZ

Datos del paciente

Identificación del paciente		Datos de procedencia	
Fecha de Nacimiento y Edad:	12/06/1992 - 31 Año(s)	País:	Colombia
Género:	Masculino	Departamento:	
RH	No Aplica	Municipio:	
Discapacidad:	Ninguna	Datos de residencia	
Nivel de escolaridad:	Ninguno	Departamento:	Putumayo
Ocupación:	No Aplica	Municipio:	Mocoa
Estado civil:	No Aplica	Dirección:	B/ El Pepino
Grupo de atención:	Otros Grupos Poblacionales	Telefono:	3125961119 - 3127194556
Grupo Étnico:	Ninguno de los Anteriores	Administradora	
Email:	NOTIENECORREO@GMAIL.COM	Tipo de usuario	
Responsables del paciente:	Nnnnnnnnnnnnn	NUEVA EPS	Contributivo
Parentesco del responsable:	Biznieto (a)		
Teléfono del responsable:	3125961119		

Atención: 202304180987 - [860010003801] MOCOCA

Fecha y Hora de Ingreso: 18/04/2023 17:12:52		Edad en la atención: 30 Año(s)	
Identificación:	CC 1124857975	Nombre:	ALEXIS TORRES MUÑOZ
Administradora:	NUEVA EPS	Tipo de Usuario:	Contributivo
Poliza:		Autorización:	
Servicio de ingreso:	Uf Servicios Ambulatorios		
Datos del acompañante			
Tipo:	Solo		
Cierre Historia			
Fecha y Hora:	18/04/2023 17:16:34		

CONSULTA EXTERNA

• Anamnesis

Fecha y Hora: 18/04/2023 17:14:20 **Profesional:** Cesar Augusto Florez Ortega.(medicina .)
Tipo de Consulta: (517100840TEL) CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TELEPERTICIA EN PSIQUIATRIA
Finalidad: No Aplica
Motivo de Consulta: consulta por teleexperticia con psiquiatria, dr Juan Molina, psiquiatra
Enfermedad Actual: Paciente con antecedente de accidente en octubre 2015, con dolor neuropático en miembro superior izquierdo, cefalea occipital tipo corrientazo. Insomnio secundario a dolor, con perdida de movilidad de miembro superior izquierdo. Ha estado en manejo con clínica de dolor, no recuerda el nombre de los medicamentos. Paciente refiere ansiedad leve, preocupación excesiva.

• Antecedentes

Fecha y Hora: 18/04/2023 17:15:05 **Profesional:** Cesar Augusto Florez Ortega.(medicina .)
Planificación: No Metodo: Sin Metodo
Familiares: Si NIEGA
Personales: Si NIEGA
Patológicos: Si NIEGA
Quirúrgicos: Si FRACTURA FEMUR IZQUIERDO HACE 6 AÑOS
Tóxico: Si NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS
Alérgicos: Si
Fisiológicos: No
Alimentarios: No
Traumáticos: Si LESION PLEXO BRAQUIAL IZQUIERDO HACE 6 AÑOS
Farmacológicos: Si quetiapina 100mg día, duloxetine 1 tab día

• Rev.Sistemas y Ex.Fisico

Fecha y Hora: 18/04/2023 17:15:14 **Profesional:** Cesar Augusto Florez Ortega.(medicina .)
Signos Vitales
Peso: 1.00 Kg **Talla:** 1.0 Cm **Índice de Masa Corporal:** 999.99 Kg/Mtr **Frecuencia Cardiaca:** 1 Min
Frecuencia Respiratoria: 1 Min **Temperatura:** 1.00 °C **Presion Arterial:** 1 /1 **Saturación:** 1.00 %

• Signos Vitales

No.	Sede	Fecha	Hora	Peso	Talla	MC	FC	FR	Temp	PA	TA	Feto	Saturaci	Profesional
1	MOCOCA	18/04/2023	17:15:14	1.00	1.0	999.99	1	1	1.00	1/1	1	0	1.00	CESAR AUGUSTO FLOREZ

• Rev.Sistemas y Ex.Fisico

Exámen Físico

Estado General: Examen mental Alerta, orientado, colaborador, euprosexico, sin alteracion en el curso del pensamiento, sin ideas delirantes, con pensamientos catastroficos, con ideas de muerte, sin ideación suicida, afecto ansioso hipomodulado.
Cabeza: Normal
Ojos: Normal

Oídos: Normal
Nariz: Normal
Boca: Normal
Cuello: Normal
Torax: Normal
Abdomen: Normal
G/U: Normal
Año: Normal
Extremidades: Normal
Neurológico: Normal
Osteomuscular: Normal
Piel: Normal
Revisión por sistema: Normal
Sistemático Respiratorio: No
TBC Multidrogoresistente: No
Sintomático de Piel: No
Lepra: No
Sintomático Nervioso: No
Periférico:
Perimetro Abdominal: (80) Normal

• **Notas Medicas**

Fecha y Hora: 18/04/2023 17:15:47

Profesional: Cesar Augusto Florez Ortega.(medicina .)

Identificación:CC

1032445001

Nota

Plan: dr juan daniel molina, psiquiatra
Duloxetina 60mg/día
Quetiapina 75mg/día
Pregabalina 75mg/noche

• **Laboratorios y Diagnosticos**

Fecha y Hora: 18/04/2023 17:14:20

Profesional:Cesar Augusto Florez Ortega.
(medicina .)

Identificación:CC 1032445001

Análisis de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas: Paciente masculino de 30 años, con antecedente de dolor crónico neuropático, sintomatología ansiosa asociada, en manejo con quetiapina + duloxetina, con persistencia de dolor, migraña, dolor neuropático. Se inicia neuromodulación con pregabalina, se aumenta dosis de duloxetina. Se inicia descenso de quetiapina, según evolución se iniciará profilaxis de migraña, el paciente recibió manejo con amitriptilina previamente sin respuesta adecuada.

Tipo de Diagnostico: Confirmado Nuevo
Diag. Principal: (F419) TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO
Diag. Relacionado1:
Diag. Relacionado2:
Diag. Relacionado3:
Diag. Relacionado4:

• **Notas Medicas**

Fecha y Hora: 18/04/2023 17:16:19

Profesional: Cesar Augusto Florez Ortega.(medicina .)

Identificación:CC

1032445001

Nota

se diligencia consentimiento informado en físico

• **Imágenes**

Toma de Imagen 13/07/2023 Hora: 11:44:11

36c363b0e1f3b7dabfa948e2e2ac63

	GESTIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA ESPECIALIZADA	Código: GAE-FR-01
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR TELEMEDICINA	Versión: 01
		Fecha: 01/02/2023
		Página: 1 de 2

Ciudad: Mocva Fecha: 18/04/23
Nombre y apellidos del paciente: Alexis Torres Muñoz
Tipo identificación: CC CE TI No. de identificación: 1124857975
Representante Legal o apoyo. Nombre y apellidos: _____
Tipo identificación: CC CE TI No. de identificación: _____
Calidad en que actúa: _____

En el marco de la dignidad, el usuario de servicios de salud tiene derecho a ser informado de los procedimientos en salud que le serán practicados previa su aceptación; en consecuencia se procederá a informar de manera clara y precisa este consentimiento, previo entendimiento de los beneficios y posibles riesgos que pueda tener.

Me ha sido informado que:

La consulta de Telemedicina- teleexpertise: Es el conjunto de actividades, servicios y métodos en salud que se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones (TIC).

Este servicio se podrá dar entre un profesional de la salud y el paciente sin la necesidad de estar en el mismo espacio físico. Para lo cual se harán uso de equipos de comunicación que tienen video y audio permitiendo la consulta médica en tiempo real entre el usuario y el especialista. El personal de salud incluye médicos generales, especialistas, subespecialistas, enfermeros y técnicos. La prestación de estos servicios podrá ser usado en cualquiera de sus fases: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, educación, prevención.

Se podrá prestar por modalidad de telemedicina interactiva o Teleexpertise sincrónica. Todo esto aplicando a la ley de protección de datos personales.

La Teleexpertise sincrónica hace referencia a que el paciente y un profesional de la salud cumpla con los siguientes deberes:

Antes de la atención:

- Esté dispuesto en el lugar asistencial donde el personal asistencial le indique.
- Anote todas las enfermedades que padece, medicamentos que toma y todas las dudas que quiera realizarle al médico.
- Tener de forma organizada todos los exámenes diagnósticos que sean necesarios para la consulta.

Durante la atención:

- Si es menor de edad debe estar acompañado por su tutor legal.
- Si presenta situación de discapacidad debe estar acompañado por la persona designada para brindarle el apoyo necesario.
- Solo se atenderá si realizó la firma previamente a la consulta. El profesional de la salud que se encuentra con usted realizará una valoración guiada por el especialista a fin de emitir un concepto por parte del profesional médico.
- Los dos profesionales de la salud durante la cita estarán conversando sobre su caso y al final, el especialista emitirá un concepto.
- Tenga a la mano su historia clínica y exámenes diagnósticos si usted dispone de ellos.
- El profesional de la salud que se encuentre con usted, entregará las recomendaciones y orientaciones que el especialista le dé sobre el manejo de su caso.
- Realice al médico todas las preguntas que estime pertinentes durante la consulta.
- No grabar ninguna consulta sin el consentimiento por escrito del proveedor, así mismo el proveedor no grabará ninguna de nuestras consultas sin mi consentimiento por escrito.

Los beneficios:

- Facilitar el acceso a un concepto especializado, mejorando la oportunidad y favoreciendo la resolutiveidad.
- SOLEEC cuenta con sistemas de información funcional y seguros que le permiten a los profesionales realizar adecuadamente la atención médica, garantizando la intimidad en la consulta e información.

Una vez impreso o descargado este documento se considera copia no controlada

Observaciones: CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA DEL 18 DE ABRIL DE 2023

Lectura de Imagen Fecha: **Hora:** 00:00:00 **Profesional:** .

• **Imágenes**

Toma de Imagen 13/07/2023 **Hora:** 11:44:17

6a8433d537198eb3772c75b2f4bc8c

Señores
HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNANDEZ
ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa remitir copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica desde el año 2000 al año 2022 con destino al proceso de radicación 2023106247 EXP 2023-4852 que cursa en el **LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**, con ocasión a la acción de protección al consumidor instaurada por el señor Alexis Torres contra BBVA Seguros de Vida Colombia SA

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta la Entidad para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”

ANEXOS

Poder que me faculta para actuar.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la calle 69 N° 4-48 oficina 502, Edificio 69 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

PETICIÓN HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ//RAD: 2023106247// EXP: 2023-4852 //DTE: ALEXIS TORRES MUÑOZ // DDO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA//BPDV

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Mar 14/11/2023 15:58

Para:ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co <ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co>

CC:Brenda Patricia Díaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (275 KB)

DP HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNANDEZ.pdf; PODER RAD 2023-4852 ALEXIS TORRES MUÑOZ vs BBVA SEGUROS VIDA.docx.pdf;

Señores

HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNANDEZ

ojuridicaext@esehospitalmocoa.gov.co

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**.

Comedidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Señores
JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ
servicioalusuario@juntanacional.com
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa remitir copia de los siguientes documentos: (i) Dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Alexis Torres Muñoz identificado con CC No. 1.124.857.975 en el año 2021 (ii) Historia Clínica que fue base para emitir el Dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Torres en el año 2021 (iii) Solicitud elevada por el señor Torres para el trámite de calificación del año 2021 (iv) Que se informe la fecha en que el señor Torres empezó los trámites de calificación. con destino al proceso de radicación 2023106247 EXP 2023-4852 que cursa en el **LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**, con ocasión a la acción de protección al consumidor instaurada por el señor Alexis Torres contra BBVA Seguros de Vida Colombia SA

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta la Entidad para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y,

por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”

ANEXOS

Poder que me faculta para actuar.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la calle 69 N° 4-48 oficina 502, Edificio 69 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

PETICIÓN SEGUROS JNCI//RAD: 2023106247// EXP: 2023-4852 //DTE: ALEXIS TORRES MUÑOZ // DDO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA//BPDV

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Mar 14/11/2023 16:02

Para:servicioalusuario@juntanacional.com <servicioalusuario@juntanacional.com>

CC:Brenda Patricia Diaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (304 KB)

DP JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ .pdf; PODER RAD 2023-4852 ALEXIS TORRES MUÑOZ vs BBVA SEGUROS VIDA.docx.pdf;

Señores

JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

servicioalusuario@juntanacional.com

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**

Comendidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Señores
LA NUEVA EPS
secretaria.general@nuevaeps.com.co
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa remitir copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica desde el año 2000 al año 2022 con destino al proceso de radicación 2023106247 EXP 2023-4852 que cursa en el **LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**, con ocasión a la acción de protección al consumidor instaurada por el señor Alexis Torres contra BBVA Seguros de Vida Colombia SA

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta la Entidad para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”

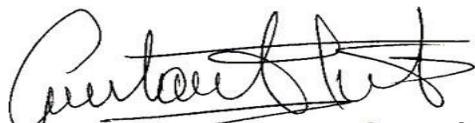
ANEXOS

Poder que me faculta para actuar.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la calle 69 N° 4-48 oficina 502, Edificio 69 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

PETICIÓN NUEVA EPS//RAD: 2023106247// EXP: 2023-4852 //DTE: ALEXIS TORRES MUÑOZ // DDO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA//BPDV

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Mar 14/11/2023 16:07

Para:secretaria.general@nuevaeps.com.co <secretaria.general@nuevaeps.com.co>

CC:Brenda Patricia Diaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (303 KB)

DP LA NUEVA EPS.pdf; PODER RAD 2023-4852 ALEXIS TORRES MUÑOZ vs BBVA SEGUROS VIDA.docx.pdf;

Señores

LA NUEVA EPS

secretaria.general@nuevaeps.com.co

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**

Comendidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Señores
MEDIMAS EPS
notificacionesjudiciales@medimas.com.co
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa remitir copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica desde el año 2000 al año 2022 con destino al proceso de radicación 2023106247 EXP 2023-4852 que cursa en el **LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**, con ocasión a la acción de protección al consumidor instaurada por el señor Alexis Torres contra BBVA Seguros de Vida Colombia SA

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta la Entidad para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”

ANEXOS

Poder que me faculta para actuar.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la calle 69 N° 4-48 oficina 502, Edificio 69 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

PETICIÓN MEDIMAS //RAD: 2023106247// EXP: 2023-4852 //DTE: ALEXIS TORRES MUÑOZ // DDO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA//BPDV

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Mar 14/11/2023 16:04

Para: notificacionesjudiciales@medimas.com.co <notificacionesjudiciales@medimas.com.co>

CC: Brenda Patricia Diaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (303 KB)

DP MEDIMAS EPS.pdf; PODER RAD 2023-4852 ALEXIS TORRES MUÑOZ vs BBVA SEGUROS VIDA.docx.pdf;

Señores

MEDIMAS EPS

notificacionesjudiciales@medimas.com.co

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**

Comendidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Señores
SEGUROS DE VIDA ALFA SA
servicioalcliente@segurosalfa.com.co
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa remitir copia de los siguientes documentos: (i) Dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Alexis Torres Muñoz identificado con CC No. 1.124.857.975 en el año 2022 (ii) Historia Clínica que fue base para emitir el Dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Torres en el año 2022 (iii) Solicitud elevada por el señor Torres para el trámite de calificación del año 2022 (iv) Que se informe la fecha en que el señor Torres empezó los trámites de calificación, con destino al proceso de radicación 2023106247 EXP 2023-4852 que cursa en el **LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**, con ocasión a la acción de protección al consumidor instaurada por el señor Alexis Torres contra BBVA Seguros de Vida Colombia SA

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta la Entidad para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y,

por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”

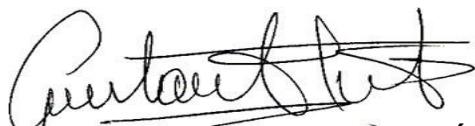
ANEXOS

Poder que me faculta para actuar.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la calle 69 N° 4-48 oficina 502, Edificio 69 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

PETICIÓN SEGUROS ALFA//RAD: 2023106247// EXP: 2023-4852 //DTE: ALEXIS TORRES MUÑOZ // DDO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA//BPDV

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Mar 14/11/2023 16:00

Para:servicioalcliente@segurosalfa.com.co <servicioalcliente@segurosalfa.com.co>

CC:Brenda Patricia Diaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (330 KB)

DP SEUROS ALFA.pdf; PODER RAD 2023-4852 ALEXIS TORRES MUÑOZ vs BBVA SEGUROS VIDA.docx.pdf;

Señores

SEGUROS DE VIDA ALFA SA

servicioalcliente@segurosalfa.com.co

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**

Comedidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Señores
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL

RADICADO: 2023106247

EXPEDIENTE: 2023-4852

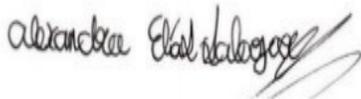
DEMANDANTE: ALEXIS TORRES MUÑOZ

DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO

ALEXANDRA ELIAS SALAZAR, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 53.139.838 de Bogotá, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, en calidad de Representante Legal Judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como se acredita en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia. Respetuosamente me dirijo a usted con el fin de manifestar por medio del presente escrito, que otorgo poder especial amplio y suficiente al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía número 19.395.114 y Tarjeta Profesional Número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que adelante todas las acciones en defensa de los intereses de la Compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** dentro del proceso referido, que cursa en ese Despacho.

En consecuencia, mi apoderado queda facultado para notificarse del presente proceso, así como de todas las providencias que se dicten en desarrollo del mismo, presentar recursos, presentar y solicitar pruebas, conciliar, sustituir, desistir, reasumir y en general para realizar todos los actos, gestiones y trámites necesarios tendientes a cumplir con la finalidad del mandato que se le confiere para la defensa de la Aseguradora.

Cordialmente,



ALEXANDRA ELIAS SALAZAR
Representante Legal Judicial
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Acepto,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. 19.395.114

T.P. 39.116.

notificaciones@gha.com.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3235338852278979

Generado el 09 de diciembre de 2022 a las 10:21:30

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

NIT: 800240882-0

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 1317 del 31 de agosto de 1994 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de COMPANÍA GANADERA DE SEGUROS DE VIDA S.A. "GANAVIDA"

Escritura Pública No 00900 del 17 de mayo de 1996 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por GANADERA COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. GANAVIDA y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales LA GANADERA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES

Escritura Pública No 4032 del 09 de junio de 1999 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBV SEGUROS GANADERO COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de Riesgos Profesionales BBV SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Escritura Pública No 319 del 23 de enero de 2001 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS GANADERO COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 2665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBVA SEGUROS GANADERO COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. Podrá usar indistintamente la denominación BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 1764 del 01 de abril de 2004 de la Notaría 45 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

Escritura Pública No 02059 del 10 de mayo de 2013 de la Notaría null de SIN DESCRIPCION. La sociedad es de nacionalidad Colombiana y tiene su domicilio principal en la ciudad de Bogotá Distrito Capital, y en ella tendrá la sede de su administración social, pudiendo crear sucursales o agencias en otros lugares del país o en el exterior, previa autorización de su Junta Directiva.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 2386 del 04 de noviembre de 1994

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente y dos (2) suplentes quienes lo reemplazarán en las faltas absolutas, temporales y accidentales. El Presidente y sus suplentes serán elegidos por la Junta Directiva y podrán ser removidos en cualquier momento. El Presidente será el Representante Legal de la



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3235338852278979

Generado el 09 de diciembre de 2022 a las 10:21:30

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Compañía y tendrá a su cargo la dirección, la gestión y la administración de los negocios sociales con sujeción a la Ley y a estos estatutos. Así mismo, tendrán la representación legal de la Entidad los Directores de la Compañía y el Secretario General, si así expresamente lo dispone la Junta Directiva. Adicionalmente, la Sociedad contará con representantes legales judiciales designados por la Junta Directiva, que representarán a la Sociedad ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas, entidades centralizadas y descentralizadas del Estado. **FUNCIONES DEL PRESIDENTE.** El Presidente de la Sociedad tendrá las siguientes funciones. 1. Ejecutar los acuerdos y resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. 2. Ejercer la representación legal de la Sociedad en todos los actos y negocios sociales. 3. Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. 4. Celebrar libremente los contratos y suscribir los títulos y documentos que se requieran para el desarrollo de la Sociedad de conformidad con lo previsto en la ley y en los Presentes Estatutos. 5. Velar por el adecuado manejo y utilización de los recursos y bienes de la Sociedad. 6. Nombrar y remover al personal necesario para desempeño de los cargos de acuerdo a las directrices impartidas por la Junta Directiva (sic). 7. Dirigir y coordinar el funcionamiento de la Compañía. 8. Mantener a la Junta Directiva permanentemente informada sobre la marcha de los negocios y suministrar los informes que le sean solicitados. 9. Convocar a la Asamblea General de Accionistas a reuniones ordinarias y extraordinarias. 10. Presentar a la Junta Directiva balances de prueba. 11. Presentar a la Junta Directiva el proyecto de presupuesto anual de ingresos y egresos. 12. Presentar previamente a la Junta Directiva el Balance destinado a la Asamblea General, Junto con el Estado de Resultados y el proyecto de Distribuciones de Utilidades y demás anexos explicativos. 13. Rendir cuenta Justificada de su gestión al final de cada ejercicio Social. 14. Firmar los balances de la Sociedad y demás documentos contables con destino a la Superintendencia Financiera. 15. Delegar en sus subalternos las facultades que considere convenientes para el cumplimiento de los fines sociales, para los cual requerirá previo concepto favorable de la Junta Directiva. 16. La demás funciones que le correspondan como órgano directivo de la Sociedad por disposición legal, estatutaria (sic) o por designio de la Junta Directiva para el normal desarrollo social. (Escritura Pública 02059 del 10 de mayo de 2013 Notaria 32 de Bogotá)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Manuel Ignacio Trujillo Sánchez Fecha de inicio del cargo: 11/02/2021	CC - 80854106	Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 27/03/2014	CC - 93086122	Primer Suplente del Presidente
Sergio Sánchez Angarita Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 79573466	Segundo Suplente del Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 06/06/2013	CC - 93086122	Secretario General
Manuel José Castrillón Pinzón Fecha de inicio del cargo: 25/07/2019	CC - 1061733649	Representante Legal Judicial
Carlos Mario Garavito Colmenares Fecha de inicio del cargo: 19/03/2019	CC - 80090447	Representante Legal Judicial
Alexandra Elias Salazar Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 53139838	Representante Legal Judicial
María Camila Araque Pérez Fecha de inicio del cargo: 23/08/2018	CC - 52992863	Representante Legal Judicial
María Carolina Vanegas Pineda Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 52416119	Representante Legal en Calidad de Director de Riesgos

RAMOS: Resolución S.B. No 2488 del 16 de noviembre de 1994 accidentes personales, vida grupo, vida individual, seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia.



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3235338852278979

Generado el 09 de diciembre de 2022 a las 10:21:30

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Resolución S.B. No 2787 del 14 de diciembre de 1994 salud

Resolución S.B. No 235 del 15 de febrero de 1995 pensiones Ley 100

Resolución S.B. No 456 del 10 de marzo de 1995 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Resolución S.B. No 44 del 20 de enero de 1997 pensiones de jubilación. Circular externa 052 del 20 de diciembre de 2002, se denominará en adelante ramo de pensiones voluntarias.

Resolución S.F.C. No 0557 del 25 de abril de 2007 ramo de exequias

Resolución S.F.C. No 1422 del 24 de agosto de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., para operar el ramo de Seguro de Salud, confirmada la decisión con resolución 0661 del 07 de mayo de 2012

Resolución S.F.C. No 1986 del 04 de noviembre de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de vida Colombia S.A. para operar el ramo de Seguros de Riesgos Profesionales.

Resolución S.F.C. No 758 del 24 de mayo de 2017 Autoriza operar el ramo de seguro de desempleo.



**SERGIO LUIS CHAPARRO MADIEDO
SECRETARIO GENERAL (E)**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."



PODER DEMANDANTE: ALEXIS TORRES MUÑOZ DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO

alexandra.elias@bbva.com <alexandra.elias@bbva.com>

en nombre de

JUDICIALES SEGUROS – COLOMBIA (BZG16062) <judicialesseguros@bbva.com>

Vie 10/11/2023 11:12

Para:Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>;Jurisdiccionales <jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co>
CC:LAURA CAMILA MORALES MONERY <lauracamila.morales.contractor@bbva.com>

 2 archivos adjuntos (192 KB)

PODER RAD 2023-4852 ALEXIS TORRES MUÑOZ vs BBVA SEGUROS VIDA.docx.pdf; SUPER VIDA DICIEMBRE 2022.pdf;

Señores

DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL

RADICADO: 2023106247

EXPEDIENTE: 2023-4852

DEMANDANTE: ALEXIS TORRES MUÑOZ

DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO

ALEXANDRA ELIAS SALAZAR, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 53.139.838 de Bogotá, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, en calidad de Representante Legal Judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como se acredita en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia. Respetuosamente me dirijo a usted con el fin de manifestar por medio del presente escrito, que otorgo poder especial amplio y suficiente al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía número 19.395.114 y Tarjeta Profesional Número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que adelante todas las acciones en defensa de los intereses de la Compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** dentro del proceso referido, que cursa en ese Despacho.

En consecuencia, mi apoderado queda facultado para notificarse del presente proceso, así como de todas las providencias que se dicten en desarrollo del mismo, presentar recursos, presentar y solicitar pruebas, conciliar, sustituir, desistir, reasumir y en general para realizar todos los actos, gestiones y trámites necesarios tendientes a cumplir con la finalidad del mandato que se le confiere para la defensa de la Aseguradora.

Cordialmente,